

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**  
**FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**



***De boas intenções está o estômago cheio: Implementação de  
intenções no comportamento alimentar dos jovens***

**Raquel de Farias Cláudio Leal**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**Secção de Psicologia Clínica e da Saúde**

**Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-Comportamental e Integrativa**

**2009**

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**  
**FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**



***De boas intenções está o estômago cheio: Implementação de  
intenções no comportamento alimentar dos jovens***

**Raquel de Farias Cláudio Leal**

**Dissertação orientada pela Prof<sup>a</sup> Doutora Adelina Lopes da Silva**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**Secção de Psicologia Clínica e da Saúde**

**Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-Comportamental e Integrativa**

**2009**

## **Agradecimentos**

A tese é como uma obra que se vai construindo tendo por base um projecto. Para que esta construção vingue é necessária uma base sólida ou por analogia são necessários alicerces. Estas bases foram encontradas nas pessoas que me rodeiam. Assim, gostava de agradecer às pessoas que tornaram o desenvolvimento deste trabalho possível...

*Aos meus pais,*

*Aos meus irmãos,*

*À minha avó,*

*Ao Bruno,*

Por todo o apoio prestado, pela confiança depositada em mim nos momentos menos bons, pelas palavras carinhosas, por todo o incentivo e amor.

*Aos meus amigos,*

*Às colegas da Faculdade,*

Pelos momentos de descontração, diversão, alegria e incentivo.

*À professora Adelina Lopes da Silva,*

Por este período de crescimento, pelo conhecimento adquirido, pelos conselhos, ponderações e revisões. Pela fomentação do espírito crítico, procura e gosto pela investigação.

*Aos jovens participantes na investigação,*

Pela disponibilidade, simpatia, acessibilidade e ajuda.

*Muito obrigada a todos...*

## Resumo

A obesidade tem aumentado um pouco por todo o mundo tornando-se um importante problema de Saúde Pública. Deste modo é fundamental promover hábitos alimentares saudáveis nos jovens a fim de reverter esta tendência.

Vários modelos teóricos de auto-regulação na perspectiva sócio-cognitiva têm sido aplicados ao domínio da saúde e particularmente da obesidade, sendo a intenção identificada como uma das variáveis mais determinantes para a adopção de um comportamento alimentar saudável. Contudo, nem sempre as boas intenções são traduzidas no comportamento adequado. A implementação de intenções (Gollwitzer, 1993), o *coping* antecipatório (Schwarzer, 1992) e a percepção de controlo (Ajzen & Fishbein, 1980) têm-se mostrado na literatura como variáveis moderadoras e mediadoras entre a intenção e comportamento de seguir um regime alimentar saudável.

O objectivo do presente estudo é explorar como é que o jovem passa da intenção à acção e quais as variáveis que estão inerentes às duas fases distintas.

Foram realizados quatro estudos de caso com adolescentes entre os 16 e 24 anos, de ambos os sexos. Optou-se pela entrevista semi-estruturada como método de recolha de dados o que permitiu uma análise qualitativa dos mesmos e que possibilitaram a construção de categorias com base teórica e empírica.

Este estudo verificou que a implementação de intenções, o *coping* antecipatório e a percepção de barreiras tem um papel importante no seguimento da dieta. Pretende-se que os resultados obtidos possam vir a ter implicações para a prática clínica e intervenção.

**Palavras-chave:** adolescência, obesidade, implementação de intenções, *coping* antecipatório, percepção de controlo.

## **Abstract**

Obesity has increased all over the world becoming a major public health problem. Thus it is essential to promote healthy eating habits in young people in order to reverse this trend.

Several theoretical models of self-regulation in social-cognitive perspective have been applied to health and obesity in particular, the intention being identified as one of the variables most crucial to the adoption of healthy eating habits. However, not all the good intentions are translated into the appropriate behavior. Implementation intentions (Gollwitzer, 1993), the anticipatory coping (Schwarzer, 1992) and perceived control (Ajzen & Fishbein, 1980) have shown in the literature as moderating and mediating variables between intention and behavior to follow a healthy diet.

The aim of this study is to explore how the young couple from intent to action and those variables that are inherent in two distinct phases.

Were carried out four case studies with adolescents between 16 and 24 years of both gender. We opted for semi-structured method of collecting data which allowed a qualitative analysis of them and made possible the construction of theoretical and empirical categories.

This study found that the implementation of intentions, the anticipatory coping and the perception of barriers has an important role in the diet. It is intended that the results might have implications for clinical practice and intervention.

**Keywords:** adolescence, obesity, implementation intention, anticipatory coping, perceived control.

## Índice

I - Introdução	1
II - Enquadramento Teórico	
O que é a obesidade?	5
Qual a prevalência da obesidade	8
A auto-regulação e a obesidade	9
Qual a importância dos modelos de auto-regulação	12
Revisão Empírica	18
Síntese	24
III - Metodologia	
Abordagem qualitativa de investigação	27
Questões de investigação	27
Objectivos de investigação	28
Técnicas de recolha e tratamento de dados	29
A elaboração da entrevista	30
Procedimento	34
Participantes	34
Critérios de selecção	34
Obtenção da amostra	34
Processo de análise das entrevistas	35
IV - Análise e Discussão dos Resultados	
Caso P	37
Caso A	42
Caso M	46
Caso S	49
Análise conjunta dos resultados	53
V - Conclusões	57
Referências Bibliográficas	63
Anexos	

## **I – Introdução**

A obesidade é um importante problema de Saúde Pública (Direcção Geral de Saúde, 2004), a Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, 2006) considera esta doença como a epidemia do século XXI. Nas últimas três décadas, a prevalência e severidade do excesso de peso e obesidade tem aumentado numa escala alarmante em todo o mundo. Estima-se que, globalmente, 10% das crianças tenham excesso de peso ou obesidade (Hawkes, 2007).

A extrema preocupação em compreender o excesso de peso nas crianças e adolescentes deve-se, não só aos custos que acarreta ao Estado (estima-se que cerca de 2% a 8% dos custos totais com a saúde nos países ocidentais possam ser atribuídos à obesidade, sendo assim desejável a redução destes custos para os serviços de saúde) (Médicos de Portugal, 2009), mas também à constatação que a obesidade na infância e adolescência persiste na vida adulta em 70% dos casos (Margarey, Daniels, Boulton, & Cockington, 2003 cit. por Stice, Shaw, & Marti, 2006) e à verificação que existe uma associação a curto e a longo prazo com resultados de morbilidade (Daniels et al., 2005), aumentando, inevitavelmente, o risco de doenças crónicas como hipertensão, problemas cardiovasculares e diabetes de tipo-2 (Fila, & Smith, 2006).

Para além dos riscos para a saúde física, a obesidade acarreta também problemas psicológicos e sociais. Alguns estudos apontam a existência de correlação entre obesidade e comportamento suicida nas adolescentes o que parece preocupante do ponto de vista de saúde pública tendo em conta que a prevalência da obesidade tem aumentado nesta população (Crow, Eisenberg, Story, & Neumark-Sztainer, 2008). O facto da obesidade ser uma característica estigmatizada pela sociedade conduz, em grande medida, a uma baixa auto-estima, a estados depressivos, a níveis elevados de ansiedade (Coates & Thoresen, 1978) a uma imagem corporal distorcida e a perturbações do

comportamento alimentar. Um estudo longitudinal mostra que adolescentes com excesso de peso ou obesidade, com idades compreendidas entre os 12 e 14 anos, experienciam valores mais elevados de depressão e efeitos devastadores na auto-estima, no funcionamento escolar e social (Swallen, Reither, Haasb & Meier, 2005 cit. por Bibeau, Moore, Caudill, & Toop, 2008). Numa investigação de 1979, Larkin e Pires (cit. por Ogden, 2004) verificaram que as pessoas com excesso de peso tinham uma probabilidade menor de serem recomendados para um emprego por estudantes universitários que as observavam a desempenhar tarefas de modo idêntico aos colegas magros. Estudos com crianças mostram que estas atribuem características negativas aos adultos obesos e magros e características positivas aos médios. Num outro estudo, em que eram apresentadas imagens de meninos com deficiências físicas e uma imagem de um menino obeso, verificou-se que o menino de quem as crianças gostavam menos era o obeso (Ogden, 2004). Em suma, os vários estudos supra mencionados demonstram a repercussões que a obesidade pode ter a nível social e psicológico.

Na adolescência, o organismo necessita dum consumo de nutrientes mais elevado do que em qualquer outra fase durante o ciclo de vida (Croll, Neumark-Sztainer, & Story, 2001), tornando-se os comportamentos alimentares centrais para o desenvolvimento físico, psicológico, para saúde e identidade. Estes comportamentos são determinados por um conjunto de factores, entre os quais as atitudes, características ambientais e o estilo de vida. Os padrões comportamentais e estilos de vida saudáveis e não saudáveis desenvolvem-se precocemente na vida do indivíduo, tendo uma elevada probabilidade de influenciar os comportamentos a longo prazo causando impacto na saúde. Assim, uma vez que a adolescência é um período de desenvolvimento, mudança e aumento de autonomia, parece essencial intervir nesta faixa etária onde os comportamentos se alteram mais facilmente e os hábitos de saúde prejudiciais ainda não



estão completamente instalados (Armitage, 2007) com o objectivo de minimizar os riscos de saúde associados à obesidade e melhorar a qualidade de vida. Ensinar aos jovens comportamentos positivos que promovam a sua saúde pode ajudá-los a desenvolver estilos de vida saudáveis e a assumir responsabilidade sobre a sua própria saúde (Edelman & Mandle, 1998; Selekman, 2006; Whitehead, 2006 cit. por Bektas & Ozturky, 2008). Relativamente aos hábitos alimentares, um estudo desenvolvido em Portugal, revela que só uma pequena parte dos inquiridos toma especial cuidado com a alimentação (19%) e a grande maioria destes (65%) faz dieta por ordem médica, o que denota problemas de saúde ou obesidade. Na realidade, apenas 35% dos que seguem um regime alimentar, ou seja 7% da população inquirida tomaram a decisão de manter um regime alimentar saudável por questões pessoais como por exemplo o bem-estar ou a elegância (Cabral, Silva & Mendes, 2002). Dentro desta perspectiva, será interessante perceber se os indivíduos que efectuaram uma dieta ou se propuseram a efectuar fizeram-no por vontade própria ou por indicação de terceiros (e.g. indicação médica), explorando se a motivação inicial foi intrínseca ou extrínseca.

Um dos objectivos do presente estudo é compreender as dificuldades que os jovens obesos percebem no cumprimento das suas dietas e quais as razões atribuídas para a falha no estabelecimento de um regime alimentar saudável apesar de possuírem um conhecimento adequado acerca da alimentação saudável. Deste modo, coloca-se a questão de saber se ao tomarem a decisão de fazer dieta foram aconselhados ou estabeleceram por iniciativa própria um plano de acção (*implementação de intenção*) e se atribuem a essa tarefa o facto de serem bem sucedidos no alcance dos objectivos estipulados. De um modo geral, pretende-se compreender como o jovem passa da intenção à acção, se encontra diferenças entre estas duas fases e quais os factores que estão inerentes a cada uma.

Em suma, ao debruçar-se sobre os hábitos alimentares dos adolescentes, esta investigação pretende analisar algumas das variáveis que são identificadas nos modelos teóricos como mediadoras ou moderadoras da mudança comportamental, do estabelecimento e manutenção de novos padrões alimentares para que futuras intervenções possam incidir nestas variáveis promovendo um estilo de vida saudável e melhorando a qualidade de vida dos adolescentes.

A monografia está organizada em duas partes: a primeira parte engloba o enquadramento teórico e revisão de literatura e a segunda o trabalho empírico desenvolvido.

A primeira parte do trabalho tenciona proporcionar ao leitor um conhecimento abrangente sobre a obesidade e os modelos de auto-regulação aplicados a este domínio. Adicionalmente consagra a revisão de estudos empíricos realizados neste âmbito e que estão na base desta investigação.

A segunda parte da monografia está dividida em três capítulos. Num primeiro momento será abordada a metodologia do estudo bem como a justificação da escolha da mesma, será realizada a descrição da amostra e da sua selecção e a explicação da recolha e tratamento dos dados. Posteriormente será apresentada a análise e discussão dos resultados obtidos no formato de estudo de caso. No último capítulo, será apresentada a síntese dos resultados obtidos neste estudo, as suas limitações e sugestões para futuras investigações neste âmbito.

No término da monografia encontrar-se-ão as referências bibliográficas e os anexos, onde consta o guião da entrevista e análise de conteúdo.

## **II - Enquadramento Teórico**

### **O que é a obesidade?**

A obesidade é uma doença crónica, recorrente, com elevado risco para a saúde, que se caracteriza pela acumulação excessiva de gordura no organismo (World Health Organization, 2006) resultante do balanço positivo entre a energia consumida e a energia gasta pelo indivíduo (Daniels et al., 2005).

A definição mais comumente aceite de obesidade é baseada no Índice de Massa Corporal (IMC) (Ogden, 2004) que resulta do cálculo da razão entre o peso em quilogramas e a altura em metros elevada ao quadrado ( $\text{Kg/m}^2$ ). Segundo a World Health Organization (2006), o excesso de peso nos adultos corresponde a um IMC maior ou igual a 25 e a obesidade a um IMC igual ou superior a 30. Contudo, há provas de que o risco de doença crónica aumenta progressivamente a partir de um IMC de 21 (World Health Organization, 2006). Esta definição não contempla, no entanto, a diferenciação entre o peso da gordura e o do músculo (Ogden, 2004).

Tendo em conta que o IMC nas crianças varia em função da sua idade e sexo, a definição de obesidade neste grupo etário torna-se mais complexa e menos precisa que nos adultos (Daniels et al., 2005). Habitualmente são usados monogramas específicos (curvas de percentis) para a idade e sexo, que resultam de avaliações sequenciais a amostras representativas de crianças e adolescentes tendo em conta o género e idade. Assim, uma criança ou adolescente que se encontre entre o percentil 5 e 85, para a sua idade e género, é considerado como tendo um peso e altura normal, entre 85 e 95 é considerado como tendo excesso de peso e acima do percentil 95 como tendo obesidade (Hedley et al., 2004; Speiser et al., 2005 cit. por Bibeau et al., 2008). Por vezes, nos pacientes pediátricos não se faz a distinção entre excesso de peso e obesidade, considerando os adolescentes entre o percentil 85 e 95 como estando em risco de

excesso de peso e acima do percentil 95 como tendo excesso de peso, sem recurso ao termo obesidade.

A obesidade é um problema médico complexo cuja génese é multifactorial (Drewnowski, 2001). Para o seu desenvolvimento contribuem factores genéticos, biológicos, fisiológicos, ambientais, comportamentais, psicológicos, entre outros. Apelando às características genéticas, o excesso de peso parece ser uma característica familiar (peso dos filhos relaciona-se com o dos pais). Quando um dos pais é obeso, a probabilidade da criança vir a ser obesa é de 40%, se ambos os pais forem obesos a probabilidade aumenta significativamente sendo aproximadamente de 80% (Ogden, 2004). Contudo, os pais e filhos não partilham apenas o património genético mas também o ambiente físico o que tem levado os investigadores a estudarem crianças adoptadas e gémeos monozigóticos para clarificar esta questão. As investigações conduzidas com gémeos mostram que os factores genéticos são responsáveis por cerca de 40% a 70% do peso (Poulsen, & Vaag, 2003). Paralelamente, os estudos com crianças adoptadas indicam que estas apresentam um peso que se assemelha com o dos pais biológicos e não com o dos pais adoptivos (Maes, Neale, & Eaves, 1997).

Outra possível causa genética para a obesidade pode manifestar-se através do número de células adiposas (células que armazenam gordura), uma vez que de acordo com os dados existentes as crianças com excesso de peso tenham um número mais elevado de células gordas quando comparadas com as crianças com peso normal. Após a adolescência, o número de células adiposas mantém-se constante, deste modo, a obesidade infantil pode prevalecer para o resto da vida. Por outro lado, ao permanecerem em número estável a partir da adolescência, estas células funcionam simultaneamente como factor de manutenção. Embora uma pessoa obesa possa

conseguir eliminar o conteúdo das células gordas jamais conseguirá suprimi-las (Ogden, 2004).

Actualmente, devido ao rápido aumento da prevalência da obesidade, considera-se que factores psicológicos e ambientais, mais do que os biológicos, são responsáveis por esta tendência (Wadden, Brownell, & Foster, 2002, cit. Strice, Presnell, Shaw, & Rohde, 2005). Hoje em dia, pensa-se que a etiologia da obesidade está muito associada ao estilo de vida. Os dois factores que parecem contribuir em maior escala para o excesso de peso e obesidade são a actividade física e comportamento alimentar (Hawkes, 2007). Por um lado, o ambiente incentiva o consumo excessivo de alimentos e desencoraja a actividade física promovendo o sedentarismo, por outro, as pessoas tendem a ingerir alimentos mais “gordos” e a exercitar-se menos (French, Story, & Jeffery, 2001). Na sociedade em que vivemos, privilegiam-se as actividades sedentárias (e.g. jogar consola) comparativamente com tarefas mais activas (e.g. andar de bicicleta) (Gable, Chang, & Krull, 2007). Por seu turno, o tempo dispendido em actividades sedentárias conduz a um consumo aumentado de alimentos gordos. Além disso, a sociedade moderna proporciona um acesso fácil aos alimentos não saudáveis (e.g. gomas, fast-food). Deste modo, a actividade física e a ingestão excessiva de alimentos parecem ser os factores de risco modificáveis associados à obesidade (Bibeau et al, 2008). Concluindo, embora a herança genética contribua em grande medida para a obesidade, os factores associados o estilo de vida têm também um papel igualmente muito importante e, por isso, devem ser tidos em consideração ao nível da intervenção.

Através de um estudo de Stice, Presnell, Shaw e Rohde (2005) foram identificados alguns factores psicológicos e comportamentais considerados de risco para o início da obesidade na adolescência. O estudo foi conduzido com uma amostra de adolescentes do sexo feminino e os resultados obtidos vão de encontro a resultados

encontrados anteriormente noutras investigações. Dos factores identificados como contributos de risco para a obesidade podem referir-se: as dietas restritivas, o uso de comportamentos compensatórios desadaptados (e.g. laxantes ou indução de vómito), os sintomas depressivos (provoca a ingestão em excesso como forma de distração e de compensação das emoções negativas) e a percepção da obesidade dos pais.

### **Qual a prevalência da obesidade?**

A obesidade é um importante problema de Saúde Pública, em muitos países europeus a sua incidência triplicou desde os anos 80. Os países com maior prevalência de obesidade infantil encontram-se na Europa do Sul (Espanha, Itália, Grécia e Portugal). Actualmente, cerca de 20% da população europeia é obesa, sendo a situação particularmente preocupante nas crianças e nos estratos sócio-económicos mais desfavorecidos. Dados recentes revelam que, em Portugal, mais de 37% da população tem excesso de peso e 14,5% é obesa. Portugal encontra-se numa das posições mais desfavoráveis no cenário Europeu, sendo o segundo país da Europa do Sul com maior prevalência de obesidade infantil (Itália encontra-se no primeiro lugar), tendo mais de metade da população adulta com excesso de peso, 30% de crianças apresentando excesso de peso e mais de 10% obesas, possuindo adicionalmente uma das taxas mais elevadas de inactividade física da União Europeia (Médicos de Portugal, 2008).

Revelando o elevado risco de persistência da obesidade na idade adulta, um estudo feito no Hospital Amadora-Sintra comprova que em crianças na fase pré-escolar a incidência da obesidade na idade adulta é de 26% a 41%; na idade escolar, sobe para uma prevalência de 42% a 63%; e, na adolescência, tem uma representação de 66% a 78%. Estes dados apontam para a importância de intervir nas faixas etária jovens a fim

de minimizar os riscos que conduzirão inevitavelmente a doenças associadas ao excesso de peso e obesidade (e.g. doenças cardiovasculares) (Médicos de Portugal, 2009).

### **A auto-regulação e obesidade**

Embora a ingestão de alimentos seja essencial à sobrevivência e se pense que as pessoas comem quando têm fome e param quando estão saciadas há provas de que alguns indivíduos têm dificuldade em controlar a quantidade e/ou qualidade da comida que consomem (Baumeister, Heatherton, & Tice, 1994 cit. por Pelletier, Dion, Slovinec-D'Angelo, & Reid, 2004). Apesar de ocorrer automaticamente, o acto de comer não é um mero reflexo, como tal, é influenciado tanto por factores sociais como emocionais (Herman & Polivy, 2004). Do ponto de vista social, tendemos a regular a nossa alimentação tendo em conta o que os outros consomem, usando a ingestão das outras pessoas como “guias”. Assim, tendemos a ingerir menor quantidade de alimento do que o nosso companheiro, atribuindo que comer mais do que o companheiro é um excesso. Para além disso, perante uma situação em que o companheiro não está a comer a tendência é para suprimir a ingestão (Herman & Polivy, 2004). Ao nível emocional, vários estudos relatam que os estados emocionais podem influenciar a ingestão alimentar, quer em termos de excesso quer em termos de défice. Embora os dados obtidos não sejam conclusivos, parece que as pessoas com excesso de peso tendem a comer quantidades maiores como resposta a situações/estados emocionais negativos (e.g. situações ansiogénicas), de modo a reduzir o estado emocional negativo. Pelo contrário, as pessoas com baixo peso tendem a comer menos em situações negativas e mais em situações positivas (Geliebter & Aversa, 2003). Uma vez que a nutrição constitui um factor de risco para o desenvolvimento de vários problemas de saúde, alguns destes problemas podem ser prevenidos se as pessoas adoptarem estilos de vida

que promovem uma regulação apropriada dos comportamentos alimentares diários (Rothman, 2000). As dificuldades inerentes à alimentação reflectem-se posteriormente na prevalência de obesidade, no uso de métodos para emagrecer e na incapacidade de manter a perda de peso. (Cogan & Rothblum, 1993; Garner & Wooley, 1991; Kuczmarski, Flegal, Campbell, & Johnson, 1994 cit. por Pelletier, Dion, Slovinec-D'Angelo, & Reid, 2004).

Por vezes, quando existe um problema associado ao comportamento alimentar, a auto-regulação possibilita a tentativa de colmatar esse problema. A auto-regulação refere-se à capacidade do indivíduo alterar o seu próprio comportamento como uma forma de atingir um objectivo pretendido ou considerado indispensável para a manutenção do bem-estar pessoal assumindo assim, um papel activo na mudança comportamental. As pessoas são guiadas muitas vezes pelos seus impulsos imediatos, mas nem sempre estes impulsos podem ser satisfeitos ou concretizados devido aos condicionantes sociais ou pessoais, é a este nível que os mecanismos de auto-regulação intervêm. Deste modo, perante uma situação na qual habitualmente daria uma resposta espontânea e automática, o indivíduo é capaz de prevenir a resposta natural e substituí-la por outra alternativa (devido à sua capacidade de auto-regulação), o que lhe permite perseguir e talvez alcançar o objectivo que estabeleceu como importante para si. Esta capacidade de auto-regulação é influenciada pela capacidade de definir objectivos para a sua vida, de encontrar vias para os alcançar e de controlar activamente os seus comportamentos de forma concordante com os objectivos desejados (Palfai & MacDonald, 2007). O sucesso na obtenção do objectivo estabelecido depende de duas tarefas essenciais, a primeira remete para a transformação dos desejos em objectivos e a segunda para a transformação das intenções em acções que possibilitem a perseguição desse objectivo (Oettingen, Honig, & Gollwitzer, 2000). Contudo, a manutenção de



hábitos alimentares saudáveis é um desafio para grande parte das pessoas porque os indivíduos têm de lidar com o conflito de objectivos no contexto das suas vidas. Em certas circunstâncias as implicações de alguns impulsos (e.g. desejo de comer um doce) estão em disparidade com os objectivos pessoais (e.g. perda de peso) (Hofmann, Rauch & Gawronski, 2007). Deste modo, os objectivos a longo prazo (e.g. manter um peso saudável) entram frequentemente em conflito com os objectivos a curto prazo (e.g. ingerir doces), estes normalmente encontram-se mais acessíveis no meio ambiente, o que dificulta a tarefa de auto-regulação e leva muitas vezes a que as pessoas “caiam em tentação”. Habitualmente os comportamentos auto-regulados requerem que a pessoa ignore a atracção das tentações a curto prazo, a fim de perseguir outro objectivo a longo prazo (Papies, Stroebe & Aarts, 2008). Ao nível da alimentação, o sucesso em seguir uma dieta com o intuito de perda de peso requer que se resista à tentação das comidas não saudáveis (ricas em açúcar e gordura).

Uma hipótese explicativa para a dificuldade em manter os hábitos alimentares saudáveis e eventualmente a dieta é o contexto em que vivemos, que encoraja padrões alimentares e físicos não saudáveis, expondo e confrontando os indivíduos constantemente com alimentos calóricos e atraentes que colocam em causa o objectivo de controlo da alimentação. Quando a regulação natural não nos fornece aquilo que desejamos alteramos propositadamente os ciclos de regulação com o objectivo de atingir o que ambicionamos (Herman & Polivy, 2004). Contudo, são muitas vezes esses processos de auto-regulação que levam as pessoas a experienciar repetidas falhas no controlo da sua ingestão alimentar. Um dos mecanismos de auto-regulação, requerido no contexto da alimentação, é a atenção dada ao que se come. A decisão de optar por uma dieta saudável renunciando a tentação natural proveniente do prazer sensorial que os alimentos não saudáveis dão, não é uma tarefa fácil. Os processos de auto-regulação

necessitam que a resposta desejada tenha força suficiente para se sobrepor às outras respostas menos desejáveis. Alguns estudos apontam para o facto das pessoas obesas serem mais sensíveis às pistas ambientais e terem uma maior dificuldade em resistir aos estímulos sensoriais externos provenientes dos alimentos, o que as leva a “cair” em tentação e colocar em causa a sua dieta (Papies, Stroebe, & Aarts, 2008). Contudo, não existe um consenso no que concerne a estes dados.

### **Qual a importância dos modelos de auto-regulação?**

Os modelos de auto-regulação proporcionam um enquadramento teórico para a compreensão e predição dos comportamentos de saúde. Nesta perspectiva, identificam dois momentos distintos na perseguição dos objectivos: intenção e acção. As intenções definem o objectivo que se pretende alcançar (e.g. eu tenciono comer mais vegetais), avaliam os custos e benefícios do comportamento e culminam na decisão de executar o comportamento. São entendidas como sumariando os factores motivacionais que influenciam o comportamento (indicam o esforço que a pessoa está disposta a fazer e a “força de vontade” para tentar alterar o seu comportamento) (Sheeran & Orbell, 1999). A fase da acção é a realização do novo padrão comportamental. Para alguns autores (e.g. Gollwitzer) existe um outro momento posterior à formação da intenção e anterior à acção: a fase de implementação ou volitiva. Esta fase é caracterizada pelo desenvolvimento de um plano que especifica onde, quando e como a intenção vai ser colocada em prática, plano denominado de implementação de intenção. As intervenções neste âmbito são desenvolvidas baseando-se na identificação das variáveis mediadoras e moderadoras de mudança comportamental (provenientes dos vários modelos conceptuais) a fim de promover a saúde e prevenir a doença.

A intenção comportamental é identificada nalguns modelos teóricos como sendo o determinante proximal mais relevante para o comportamento. Contudo, a relação entre intenção e comportamento parece complexa e não pode ser explicada apenas através de modelos de mediação mas sim dependendo também de variáveis moderadoras (Wiermann et al., 2009). Assim, as variáveis que os vários modelos pretendem identificar, medeiam e moderam a relação entre intenção e comportamento de saúde. Uma das variáveis aceite, com maior consenso como mediando a relação intenção-comportamento é o plano de acção (que possibilita que a intenção se traduza em acção) (Gollwitzer, 1993). O plano de acção é uma simulação mental que relaciona uma resposta comportamental concreta com as pistas ambientais, de modo a alcançar o objectivo desejado. A simulação cria uma representação mental da situação-alvo, possibilitando a detecção mais eficaz das pistas e aumentando a probabilidade da resposta comportamental ocorrer na situação desejada (Wiedemann et al., 2009). Por sua vez, as intenções parecem moderar a relação entre o plano de acção e o comportamento, uma vez que pessoas com fortes intenções têm maior probabilidade de colocar em prática os seus planos (Wiedemnn et al., 2009). Nesta perspectiva, ao visar as variáveis mediadoras (e.g. plano de acção) e moderadoras (e.g. intensidade da intenção), as intervenções possibilitam que se desenvolvam hábitos alimentares saudáveis, estes comportamentos positivos podem ajudar a assumir responsabilidade sobre a própria saúde e a promover estilos de vida saudáveis que protegem a saúde (Bektas & Ozturk, 2008). Ao responsabilizar-se e ao assumir um papel activo na própria saúde, o indivíduo está mais apto para regular o seu comportamento alimentar.

A constatação e o conhecimento de que o comportamento humano tem um efeito fundamental na saúde, conduziram a um crescente interesse em aplicar as teorias psicológicas ao contexto de saúde (Gebhart & Maes, 2001). Os modelos conceptuais

tencionam compreender e predizer os comportamentos de promoção de saúde e prevenção de doença (Ogden, 2004), com o objectivo de desenvolver estratégias que auxiliem as pessoas a adquirir e manter padrões alimentares saudáveis, a adoptar estilos de vida saudáveis e a promover uma auto-regulação alimentar apropriada, foram feitas vastas investigações nos diversos modelos do comportamento de saúde. Neste âmbito vão ser referidas as teorias de auto-regulação que se têm mostrado úteis ao nível do comportamento alimentar e mais especificamente da obesidade. Assim, podemos identificar a Teoria do Comportamento Planeado (Ajzen & Fishbein, 1980), a Teoria de Fases de Acção (Gollwitzer, 1993) e o Modelo do Processo de Acção para a Saúde (Schwarzer, 1992). O intuito destes modelos é identificar as variáveis mediadoras relevantes para a mudança de comportamento.

A Teoria da Acção Ponderada (Fishbein & Ajzen, 1975), largamente utilizada para analisar os factores que predizem o comportamento, considera que a relação entre a atitude e comportamento resulta da formulação de uma intenção comportamental. Assim, a atitude só influenciará o comportamento se a intenção estiver presente (Leyens & Yzerbyt, 2004). As atitudes são compostas pela avaliação dos custos e benefícios do comportamento e pelas crenças sobre o resultado desse comportamento. Outro factor que, segundo esta teoria, contribui para a intenção comportamental refere-se às pressões sociais (norma subjectiva) face ao comportamento. Esta norma subjectiva resulta das expectativas acerca da atitude que os outros significativos terão face ao comportamento e da motivação do indivíduo se submeter a essa pressão (Lima, 2004).

Embora esta teoria tenha tido um grande êxito empírico e tenha sido aplicada com sucesso em vários domínios, incluindo o da saúde (Conner & Norman, 1995 cit. por Lima, 2004), uma das limitações que se pode apontar à Teoria da Acção Ponderada é o grau de controlo que podemos exercer sobre os comportamentos (há elementos

personais e ambientais ambiente que não conseguimos controlar) (Armitage & Conner, 2001). Tal como noutros comportamentos de saúde, a alimentação saudável não está exclusivamente sobre controlo volitivo havendo outras variáveis que podem intervir (Fila & Smith, 2006).

Na tentativa de colmatar esta limitação surge a Teoria do Comportamento Planeado (Ajzen & Fishbein, 1980), que integra uma nova componente – o controlo percebido do comportamento. A percepção de controlo percebido engloba as crenças sobre os factores internos de controlo e avaliação dos obstáculos e elementos facilitadores do comportamento. Tal como no modelo anterior, o determinante proximal mais relevante para o comportamento é a intenção comportamental, que resulta da combinação das seguintes variáveis: atitudes face ao comportamento, normas subjectivas e controlo percebido. Por sua vez, as atitudes mais fortes, por oposição às fracas, tem uma maior probabilidade de predizer as intenções (Fila & Smith, 2006). Contudo, segundo esta teoria, o controlo percebido pode ter efeito directo no comportamento sem necessidade da mediação das intenções (Ogden, 2004; Fila & Smith, 2006), assumindo esta variável o papel mais determinante na mudança comportamental (Gelhardt & Maes, 2001).

O facto de se considerar que existe uma correspondência quase perfeita entre as intenções e o comportamento subsequente é uma das limitações deste modelo, uma vez que, algumas investigações prospectivas demonstram que as intenções contribuem apenas entre 20% a 30% da variância para o comportamento de saúde futuro (Armitage & Conner, 2001; Sheeran, 2002 cit. por Gallo & Gollwitzer, 2007). Estes dados provam que nem todas as pessoas que têm intenções positivas as colocam em prática e estabelecem um novo comportamento (Sheeran & Orbell, 1999).

Comparativamente aos dois modelos apresentados anteriormente, o modelo de Processo de Acção para a Saúde (HAPA) de Schwarzer (1992) foca-se predominantemente na acção e pressupõe a existência de três estádios de mudança relativamente ao comportamento de saúde que tencionam explicar os mecanismos envolvidos na mudança de hábitos, na adopção e manutenção de novos comportamentos e na resistência à tentação (Sniehotta, Scholz, & Schwarzer, 2005a). Estes estádios são qualitativamente diferentes e neles intervêm factores sócio-cognitivos diferentes que proporcionam as progressões e regressões ao longo dos estádios (Shuz, Sniehotta, Mallach, Wiedemann, & Schwarzer, 2009). O primeiro estádio (estádio motivacional) corresponde à pré-intenção, em que o individuo ainda não decidiu agir. No estádio seguinte (estádio volitivo) a pessoa já decidiu agir mas ainda não iniciou o comportamento, havendo apenas a intenção comportamental. No último estádio (estádio volitivo e de acção) o indivíduo actua de acordo com as suas intenções comportamentais. Este modelo defende que a mediação entre intenção e comportamento se deve a diversas variáveis volitivas entre as quais se destaca o planeamento. O planeamento é definido como uma estratégia de auto-regulação que estabelece a associação entre respostas concretas e situações futuras. Segundo este modelo, o planeamento pode ser dividido em dois subconstructos: planeamento da acção e planeamento de coping (Sniehotta, Schwarzer, Scholz, & Schuz, 2005). A ideia de planeamento de acção é idêntica à de implementação de intenções postulada por Gollwitzer, que permite transpor a intenção em acção através da especificação do onde, quando e como, como veremos a seguir. Relativamente ao planeamento de coping é uma estratégia de auto-regulação focada nas barreiras que ajuda as pessoas a lidar com os obstáculos através da antecipação das situações de risco pessoal e permite o planeamento de respostas de coping em detalhe para a situação desafiantes em questão

(Gutiérrez-Doña, Lippke, Renner, Know, & Schwarzer, 2009). Sumariamente é uma simulação mental que relaciona as situações de “perigo” e as respostas de coping percebidas como mais adequadas. Segundo este autor, os planos de inibição, distração e as respostas de escape são estratégias de coping que podem auxiliar no alcance do objectivo. A predição de como escapar das influências indesejadas ao comportamento auxilia os indivíduos a agir de acordo com as suas intenções mesmo em situações onde há obstáculos que se interpõem ao comportamento desejado (Sniehotta, Scholz, & Schuz, 2005b). Embora as teorias de estádios de mudança relacionadas com o comportamento de saúde possam diferir no número e na definição que fazem dos seus estádios, elas partilham entre si a existência de duas transições críticas e a presença de três estádios (pré-intenção, intenção e acção).

Tendo em conta que nem todas as pessoas com intenções positivas as conseguem transformar em acção e estabelecer um novo padrão comportamental, a Teoria de Fases de Mudança e Implementação de Intenções (Gollwitzer, 1993) surge na tentativa de colmatar esta discrepância encontrada no contexto alimentar. A Implementação de Intenções é um constructo desenvolvido por Gollwiter (1993) que tenta explicar como as decisões são tomadas. O modelo desenvolvido preconiza a existência de duas fases distintas no processo de tomada de decisão. Na primeira fase, designada como fase motivacional, existe a deliberação acerca de que objectivo se quer atingir, esta fase culmina com a formação de uma intenção comportamental (objectivo de intenção) (Hooft, Born, Taris, Flier, & Blonk, 2005). A segunda fase, fase volitiva, envolve a transformação da motivação em acção. A implementação de intenções é uma estratégia através da qual as intenções comportamentais podem ser traduzidas em acção (Armitage, 2007).

Este modelo faz a distinção entre objectivo da intenção e implementação de intenções. O objectivo da intenção especifica o desempenho ou resultado desejado (i.e. “eu desejo alcançar x”). A implementação de intenções é um plano se-então (i.e. “Se a situação x for encontrada, então eu vou desempenhar o comportamento y”) que especifica as condições em que o comportamento deve ser feito definindo como, quando e onde o objectivo será alcançado (Gallo & Gollwitzer, 2007). Estabelece a ligação entre uma situação crítica e o comportamento dirigido ao objectivo. Assim, aumenta a probabilidade de que as pistas ambientais provoquem a resposta desejada. A implementação de intenções refere-se à realização da intenção do objectivo e cria um compromisso para responder a uma situação crítica específica de modo dirigido e planeado.

### **Revisão empírica**

A investigação presente neste estudo terá por base a Teoria do Comportamento Planeado e as teorias que estabelecem a correlação entre as intenções e o comportamento subsequente (Teoria de Implementação de Intenções de Gollwitzer e o Modelo de Processo de Acção para a Saúde de Schwarzer).

Segundo uma investigação de Croll, Neumark-Sztainer e Story (2001), que pretendia estudar a percepção dos adolescentes acerca da alimentação saudável verificou-se que, embora os adolescentes tenham conhecimento sobre alimentação saudável (definições adequadas de alimentos e alimentação saudável e da importância de manter uma dieta saudável), parece não haver uma transformação dessa informação em actos com ela concordantes. Por outras palavras, apesar de os adolescentes estarem informados sobre as práticas e recomendações de uma alimentação saudável, consideram difícil seguir essas indicações porque percebem muitas barreiras



associadas ao comportamento saudável (Fila, & Smith, 2006). Será portanto fundamental perceber que tipo de obstáculos é que os adolescentes percebem em relação à manutenção de uma dieta saudável, procurar perceber se alguns desses obstáculos foram antecipados e se foram pensadas formas de os enfrentar (estratégia de coping). A avaliação destes obstáculos assenta num dos construtos que compõem a Teoria do Comportamento Planeado, o controlo percebido. Este reflecte o grau de dificuldade ou de facilidade que o indivíduo atribui à realização de determinado comportamento, assumindo-se que tal reflecte as experiências pessoais e a antecipação de obstáculos e recursos (Backman, Haddad, Lee, Jonhston, & Hodgkin, 2002). A avaliação do controlo percebido parece ser relevante neste domínio, averiguando-se se o controlo sobre a dieta é extrínseco (e.g. sob o controlo dos pais) ou intrínseco (e.g. auto-controlo). Num estudo em que se investigou a eficácia da Teoria do Comportamento Planeado na predição dos comportamentos alimentares saudáveis verificou-se que o controlo percebido explica parte do comportamento alimentar saudável nos rapazes, ao passo que a noção de barreiras prediz em grande medida o comportamento alimentar nas raparigas (Fila, & Smith, 2006). Uma meta-análise sobre a aplicação da Teoria do Comportamento Planeado verificou que o controlo percebido prediz as intenções e o comportamento nos vários domínios do comportamento de saúde (Armitage, & Conner, 2001). Dados empíricos sugerem que o controlo percebido influencia a formação de intenções. Um estudo com adolescentes mostra que o controlo percebido é um dos factores que contribui em maior escala para a formação da intenção de ter uma alimentação saudável (Backman, Haddad, Lee, Jonhston, & Hodgkin, 2002), assim como em doentes pré-diabéticos o controlo percebido prediz a intenção de ter um comportamento alimentar saudável e a realização de exercício físico (Blue, 2007). Por outro lado, segundo Sniehotta e colaboradores (2006), o controlo percebido surge após a

intenção estar formada e ajuda a manter o nível de intenção ao longo do tempo e a transformá-la em acção.

O planeamento de coping é, segundo o modelo de Schwarzer, uma variável mediadora entre a intenção e o comportamento de saúde. Este planeamento é uma representação mental que permite que a pessoa lide com os obstáculos, através da antecipação das situações de risco pessoal, e possibilita o planeamento de respostas de coping detalhadas para a situação em questão. Um estudo de Sniehotta e colaboradores (2005a), dirigido a doentes cardíacos e que visa o aumento da actividade física nesta população, mostra que uma intervenção focada na implementação de intenções e no planeamento de coping é mais eficaz do que uma intervenção onde se fomenta apenas a implementação de intenções. Num estudo em que se pretendia aumentar a aderência de mulheres sedentárias ao exercício físico, pedindo-lhes que antecipassem detalhadamente como lidar com situações problemáticas que poriam em risco este comportamento verificou-se que, aquelas mulheres que relatavam menos estratégias cognitivas e comportamentais de coping tinham uma maior prevalência de recaídas (Simkin, & Gross, 1994 cit. por Sniehotta, Schwarzer, Scholz, & Schuz, 2005).

Paralelamente ao aspecto anterior, a Teoria do Comportamento Planeado tem-se mostrado eficaz na compreensão da iniciação e manutenção do comportamento. Segundo este modelo, a intenção para realizar um determinado comportamento é uma variável preditora para o desempenho da acção (Costarelli, & Colloca, 2007). Existem vários dados na literatura que apoiam e sugerem que a medida das intenções contribui para 20 a 30% da variância nos comportamentos de saúde. Contudo, nem sempre as intenções positivas se reflectem no estabelecimento de novos padrões de comportamento (Sheeran, & Orbell, 1998). Dentro desta perspectiva, surge a aplicação do conceito de implementação de intenções como tentativa de contornar este problema.

A implementação de intenções medeia a relação entre comportamento e intenção pois descreve o processo pelo qual as intenções se vão traduzir no comportamento desejado. Através deste plano, a pessoa cria uma representação mental (se) e apenas executa o comportamento quando é encontrada a situação específica (então) (Hooft et al., 2005), estabelecendo um compromisso para atingir o objectivo que definiu como sendo relevante para si e para o seu bem-estar. A ideia é que a implementação de intenções, especificando onde, quando e como o comportamento vai ser colocado em prática, aumenta a probabilidade da sua realização. A diferença entre a intenção para o objectivo (constructo da TCP) e a implementação de intenções é que, no segundo caso, a pessoa sente-se comprometida com a realização do plano de acção.

Como vimos, a correlação entre as atitudes expressas (intenções) e o comportamento subsequente tem sido um tema central na psicologia social moderna (Gollwitzer, 2007). O modelo de Implementação de Intenções defende que uma pessoa está mais apta para ter determinado comportamento quando é feito um planeamento da acção a desempenhar. A ideia é que a formação de intenções tem uma base funcional que permite atingir os objectivos pretendidos e desempenhar o comportamento apropriado (Gollwitzer, 1993). A implementação de intenções tem sido usada em investigações nos mais vastos domínios, incluindo no âmbito dos comportamentos alimentares (Gallo, & Gollwitzer, 2007). Desde que, em meados dos anos noventa, a implementação de intenções foi elaborada, tornou-se um foco de pesquisa tanto nos Estados Unidos da América como na Europa. O interesse não se resume apenas ao processo subjacente, mas também à sua eficácia nos vários contextos. Os resultados empíricos a este nível mostram-se promissores embora a teoria seja de algum modo recente. As investigações na área da implementação de intenções (e.g. Armitage, 2007; Oettingen, Honig, & Gollwitzer, 2000; Sheeran & Orbell, 1999) conduzem à ideia de

que esta estratégia facilita a tarefa de levar a cabo todo o tipo de comportamentos desejados que de algum modo são difíceis de controlar.

A implementação de intenções, como estratégia de auto-regulação, tem sido a base de algumas intervenções ao nível do comportamento alimentar saudável em geral e mais especificamente no consumo de uma dieta alimentar pobre em gordura (Armitage, 2007). Segundo um estudo de Armitage (2007), a implementação da intenção de comer fruta (no grupo experimental) manifesta-se num posterior aumento do consumo deste alimento comparativamente com o grupo controlo em que não é feita esta implementação. No grupo experimental era explicado aos participantes que o facto de definirem quando e onde iriam comer uma peça de fruta extra aumentava a probabilidade de virem a fazê-lo. Deste modo eram incentivados a escrever num papel o seu plano de acção que definiria os parâmetros de consumo (onde e quando) de fruta nas duas semanas subsequentes. Os resultados demonstram um aumento do consumo de fruta no grupo experimental o que se revela concordante com o modelo de Gollwitzer. Do ponto de vista prático, estas intervenções tem um potencial promissor pois podem ser auto-dirigidas e aplicadas numa larga escala. Contudo, são necessárias mais pesquisas para que se possa aplicar a implementação de intenções nas intervenções ao nível das campanhas de Saúde. Um outro estudo de Armitage (2004 cit por Armitage, 2006) revela que a implementação de intenções promove uma dieta saudável.

Os estudos mostram que através da implementação de intenções os problemas volitivos relacionados com a iniciação de uma tarefa assim como com a iniciação da perseguição de um objectivo podem ser facilitados (Gallo & Gollwitzer, 2007). A implementação de intenções ajuda também a resistir à tentação, isto é, a controlar as influências indesejáveis, a lutar contra os maus hábitos, a prevenir os comportamentos prejudiciais e a seguir os comportamentos adequados (Gollwitzer & Schaal, 1998).

Recorrendo a algumas investigações, noutros âmbitos para além do comportamento alimentar, é possível verificar a eficácia da implementação de intenções para o alcance dos objectivos pretendidos. Segundo um estudo de Oettingen, Honig e Gollwitzer (2000) que pretendia investigar os processos de auto-regulação que facilitam a procura e obtenção eficaz dos objectivos em termos académicos. Mostrou que na condição experimental em que os adolescentes formavam implementação de intenções relativamente a um objectivo escolar havia um maior sucesso no seu alcance. No mesmo sentido vai um estudo de Sheeran e Orbell (1999) que prova que as pessoas que elaboraram uma implementação de intenção relativamente à administração de um comprimido de vitamina C diariamente tinham uma probabilidade menor de se esquecer de ingeri-lo todos os dias quando, comparados com o grupo em que não se solicitava a implementação de intenções. Um estudo de Hooft e colaboradores (2005) suporta a ideia de que a implementação de intenções desempenha um papel mediador na relação entre a intenção de procurar emprego e a procura activa de um emprego.

Quando se aborda a implementação de intenções no contexto de um modelo de fases de mudança de comportamento, verifica-se que a implementação de intenções, numa intervenção direccionada para a mudança da dieta alimentar, facilita a progressão dos participantes ao longo dos vários estádios (Armitage, 2006). Perante estes dados pode pensar-se até que ponto as intervenções baseadas na implementação de intenções ao nível populacional não poderão melhorar a saúde pública. A metodologia usada neste tipo de intervenções apresenta algumas vantagens: pode ser inteiramente auto-dirigida o que permite a sua aplicação a um vasto leque de comportamentos e de indivíduos, sem haver a necessidade de profissionais de saúde especializados, tornando-se deste modo mais económica (Armitage, 2006).

Várias investigações mostram que embora alguns factores estejam associados com a adopção de comportamento alimentar saudável (e.g. auto-eficácia), não se mostram completamente preditores da manutenção deste novo padrão comportamental. Habitualmente considera-se que uma dieta bem sucedida depende da força de vontade para iniciar e manter o comportamento desejado, assumindo que os indivíduos são capazes de mudar e auto-dirigir a mudança comportamental no sentido desejado. Contudo, ao nível do comportamento alimentar, a manutenção é dependente não apenas duma boa razão para agir mas sim de uma auto-regulação persistente que permite prevenir as respostas naturais alterando-as por respostas mais favoráveis que permita a perseguição do objectivo desejado (Baumeister et al., 1994 cit. por Pelletier, Dion, Slovinec-D'Angelo, & Reid, 2004). Deste modo, verifica-se que muitas vezes existem mudanças no comportamento a curto prazo, mas não a manutenção destes padrões comportamentais a longo prazo. Esta dificuldade em manter os comportamentos ao longo do tempo pode ser explicativo dos ciclos de perda e ganho de peso que se verificam frequentemente na população obesa (Clark, & King, 2000). Nesta linha de pensamento, a exploração dos objectivos estabelecidos pelos jovens ao iniciar uma alimentação saudável deve ser tida em conta, a fim de compreender se os objectivos são a curto ou a longo prazo.

## **Síntese**

A obesidade é, sem dúvida, um problema de Saúde Pública que merece ser tido em consideração, uma vez que a sua prevalência está a aumentar a um ritmo alucinante e existe relação com uma panóplia de doenças (quer físicas quer psicológicas), morbilidade e mortalidade. A extrema preocupação com o excesso de peso e obesidade

nos adolescentes reflecte esta panorâmica e a necessidade de intervir para que este quadro melhore e para que se estabeleçam estilos de vida mais saudáveis.

As teorias de auto-regulação supra referidas, explicam em termos gerais a capacidade que cada indivíduo tem de efectuar mudanças comportamentais. Embora apelem a variáveis distintas, estes modelos pretendem ajudar as pessoas a alterar os seus padrões comportamentais de modo a possibilitarem uma acção pessoal que reduza os riscos de obesidade e de hábitos alimentares prejudiciais. A compreensão da passagem da intenção à acção parece um ponto fundamental no contexto da obesidade, de modo a tentar perceber porque razão muitas das pessoas que se propõe a fazer regimes alimentares saudáveis depois falham na colocação desse tipo de alimentação em prática, caindo muitas vezes em ciclos de perda e ganho de peso. Estas teorias colocam o indivíduo num papel de mudança activo, onde são definidos objectivos e estabelecidos modos de alcançar esses objectivos.

O presente estudo incidirá nas variáveis reveladas nas teorias de auto-regulação e empiricamente como sendo as mais significativas na iniciação e manutenção de um regime alimentar saudável e abordará a auto-regulação como um processo com três fases distintas, antes, durante e após o início da dieta.

Após a revisão empírica verificou-se que a intenção é uma das variáveis preditoras do comportamento, contribuindo em 20 a 30% da sua variância. Contudo, nem sempre as intenções são traduzidas no comportamento desejado. Assim, na fase inicial do processo de dieta, o conceito de implementação de intenções de Gollwitzer parece assumir um papel facilitador no seguimento da dieta. Adicionalmente à implementação de intenções, o coping antecipatório, defendido por Schwarzer, revela-se essencial para que se consiga ultrapassar os obstáculos e seguir com o plano estabelecido para alcançar o objectivo desejado. O controlo percebido é outra variável

com um papel fundamental não só na formação da intenção como também na manutenção da mesma, tendo deste modo influência na fase inicial e de manutenção do comportamento.

Concluindo, a revisão empírica realizada apoia a opção de ênfase deste estudo nestas variáveis de auto-regulação.



### **III - Metodologia**

#### **Abordagem de investigação qualitativa**

A presente investigação assenta numa abordagem qualitativa que, pelo seu foco nas idiossincrasias dos indivíduos e na compreensão mais do que explicação dos fenómenos, parece adequada ao tema em estudo.

Esta metodologia pode descrever-se como um tipo de abordagem que não pressupõe a recolha e análise de dados de modo quantitativo e estatístico (Bryman & Burgess, 1999). Deste modo, a análise visa principalmente a interpretação e compreensão contextual, o que se traduz num estudo desenvolvido em contexto natural, com ênfase nos processos e significados que as pessoas envolvidas atribuem aos fenómenos (Denzin & Lincoln, 1994; Bogdan & Biklen, 1998). Devido ao enfoque nos processos e significações, o resultado dos estudos de cariz qualitativo são descrições ricas, abrangentes, detalhadas e sensíveis ao contexto (Merriam, 1998).

No âmbito de uma investigação qualitativa optou-se pelo estudo de caso, que tem como objectivo uma compreensão mais aprofundada de cada caso em particular. Esta decisão é justificada pelo número reduzido da amostra e pela sua heterogeneidade (com idades e contextos de vida bastante distintos).

#### **Questões de Investigação**

Com base na literatura verifica-se que têm sido realizados variadíssimos estudos na área da obesidade na adolescência, assim como programas de intervenção que visam a diminuição desta doença. A maioria destes estudos tem como base teorias gerais de auto-regulação (principalmente a Teoria do Comportamento Planeado) que permitem identificar, compreender e intervir nas variáveis que se mostram relevantes no cumprimento do regime alimentar. Neste estudo em concreto há um maior foco na

*Teoria de Implementação de Intenções* de Gollwitzer uma vez que a questão orientadora desta investigação é: *como é que o jovem passa da intenção à acção e quais as variáveis que estão inerentes às duas fases distintas do processo de auto-regulação.*

Esta questão é central por duas razões em particular: primeiro a obesidade tem aumentado nas últimas décadas e mostra ser uma epidemia mundial; segundo as intervenções com a população de adolescentes obesos não têm obtido os resultados desejados e como tal é fundamental compreender as variáveis que interferem na progressão da acção desejada ao longo do tempo.

Adicionalmente são colocadas as seguintes: *qual é o conhecimento que os jovens possuem acerca do que é uma alimentação saudável?; ao realizarem um regime alimentar este foi imposto por terceiros ou auto-imposto? e será que a percepção de demasiados obstáculos para concretizar a dieta os impede de a manter?*

### **Objectivos da investigação**

Para responder às questões de investigação, foram formulados os seguintes objectivos: 1) compreender se os jovens ao tomarem a decisão de fazer dieta foram aconselhados ou estabeleceram por iniciativa própria um plano de acção (*implementação de intenção*). Enfatizando o papel, que este plano irá ter no cumprimento e manutenção da dieta (na base deste objectivo encontra-se a teoria de Gollwitzer anteriormente referida); 2) perceber se os jovens antecipam as dificuldades que podem surgir no decorrer da dieta e se planeiam estratégias para lidar com as situações problemáticas (planeamento de *coping* – variável volitiva identificada no modelo de Schwarzer como mediadora entre intenção e comportamento). Importa saber se as estratégias de *coping* e a antecipação dos obstáculos ajudam no cumprimento do regime alimentar; 3) identificar qual o tipo de controlo (externo vs. interno) que mais

prevalece nesta fase de desenvolvimento. A importância desta variável é identificada na Teoria do Comportamento Planeado e denominada de controlo percebido. Segundo esta teoria o controlo percebido pode mediar a formação da intenção assim como pode influenciar directamente o comportamento; 4) compreender as dificuldades que os jovens obesos percebem no cumprimento das suas dietas e identificar os factores atribuídos para a falha no estabelecimento de um regime alimentar saudável embora possuam um conhecimento adequado acerca da alimentação saudável.

### **Técnicas de recolha e tratamento de dados**

No presente estudo optou-se pela utilização da entrevista como método de recolha de dados. A entrevista pode ser definida como “um processo de interacção social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objectivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado” (Haguette, 1997 citado por Boni e Quaresma, 2005) sendo provavelmente o método mais utilizado no âmbito das investigações qualitativas. A adopção desta metodologia prende-se com o facto de se tratar de um estudo essencialmente exploratório.

Dentro das várias modalidades de entrevista, escolheu-se a entrevista semi-estruturada por se considerar que conduz a uma exploração mais abrangente e detalhada dos conteúdos desejados e por se pensar que as perspectivas dos sujeitos são mais facilmente expressas numa situação de entrevista relativamente aberta comparativamente com uma situação de entrevista estruturada ou de questionário (Kohli, 1978 cit. por Flick, 2005). Uma vez que o estudo incide sobre um foco relativamente bem definido e não demasiado geral, a entrevista semi-estruturada parece mais adequada por permitir explorar os assuntos específicos relevantes. O facto de se ambicionar uma comparação entre os vários entrevistados requer que haja alguma

estrutura que permita essa análise e que está patente nesta modalidade de entrevista. Outra vantagem pela qual a escolha recaiu sobre este tipo de entrevista é a flexibilidade que apresenta, assim é possível abordar os aspectos relevantes para o curso da investigação e, simultaneamente, ajustar a entrevista de acordo com assuntos significativos que possam surgir no decorrer da entrevista (Payne, 1999). Esta flexibilidade possibilita que se explore de modo idiossincrático como os indivíduos compreendem e percebem os eventos, uma vez que, embora existam tópicos a explorar, a entrevista é conduzida e adaptada ao participante em questão.

A entrevista semi-estruturada requer que o investigador elabore uma lista de questões ou tópicos a serem explorados (guião de entrevista), contudo, e como referido anteriormente a entrevista em si permite uma relativa flexibilidade. As questões podem não seguir exactamente a ordem prevista no guião e poderão, inclusivamente, ser colocadas questões que não se encontram no guião, em função do decorrer da entrevista (Payne, 1999).

### **A elaboração da entrevista**

Neste estudo, o guião foi elaborado com base na revisão de literatura de investigações referente ao tema da obesidade na adolescência e aos hábitos alimentares dos adolescentes e em função das questões de investigação colocadas, não havendo por este motivo uma base concreta mas antes uma exploração baseada em dados provenientes de variadas leituras (quadro 1).

Como explicitado na introdução, os jovens parecem possuir um conhecimento abrangente e satisfatório sobre os hábitos alimentares saudáveis e não saudáveis, esta conclusão levou à construção de uma dimensão no guião da entrevista que explorasse as

diversas concepções dos participantes e que permitisse ainda verificar até que ponto os jovens dão importância à adopção de hábitos alimentares saudáveis.

Foi elaborada uma dimensão que explora as questões relacionadas com a dieta, para além da perspectiva que os jovens têm sobre o conceito de dieta pretende-se perceber se já tiveram a intenção de fazer dieta (variável que é considerada, na Teoria do Comportamento Planeado, como a mais determinante na relação entre comportamento e atitude) e se essa intenção foi concretizada ao nível prático, tendo em conta que alguns dos estudos e teorias (e.g. Gollwitzer, 1993) referem que nem sempre as intenções positivas são colocadas em prática. Ainda dentro desta temática é explorada a imposição da dieta, os resultados alcançados e as dificuldades sentidas no decorrer do processo.

Uma outra dimensão explora as questões do controlo sobre a alimentação. Neste tópico pretende-se compreender se os jovens têm controlo interno sobre a sua alimentação, isto é, auto-controlo, ou se o controlo é maioritariamente externo (e.g. pais). O interesse por este tema surge da verificação que o apoio dos pais é fundamental nesta fase de desenvolvimento.

Tendo por base a teoria de Implementação de Intenções (Gollwitzer, 1993) e o facto de alguns estudos (e.g. estudo de Armitage sobre o consumo de fruta) mostrarem que a implementação de intenções aumenta a probabilidade da realização do comportamento desejado, uma das dimensões do guião analisa esta vertente do ponto de vista da existência de um plano prévio, quais os aspectos que constituíam o plano e os resultados esperados com a utilização de um plano.

A dimensão seguinte aborda as dificuldades e obstáculos percebidos pelos jovens no seguimento do regime alimentar saudável, na base da construção deste tópico está o constructo de controlo percebido pertencente à TCP e a identificação no estudo de

Croll, Neumark-Sztainer e Story (2001) de que os jovens percebem várias barreiras ao nível da manutenção de uma alimentação saudável. É colocada uma ênfase na antecipação de obstáculos e nas estratégias de *coping* para ultrapassá-los, uma vez que na teoria de Schwarzer estas tarefas são fundamentais para alcançar os objectivos estabelecidos.

A última dimensão aborda a avaliação dos resultados, na perspectiva de perceber a quem é atribuído o sucesso e insucesso no seguimento dieta bem como as reacções afectivas dos jovens aos resultados.

Quadro 1 – Guião da entrevista: Obesidade e implementação de intenções

Bloco temático	Objectivos gerais	Objectivos específicos
Informação	Explicar o âmbito da investigação  Explicar os objectivos da entrevista.	Solicitar a colaboração e a possibilidade de gravação da entrevista.  Assegurar a confidencialidade e privacidade.  Esclarecer eventuais dúvidas.
Alimentação saudável	Perceber a percepção dos jovens acerca do que é uma alimentação saudável e não saudável.	Analisar que significado os jovens atribuem ao termo alimentação saudável e alimentação não saudável.  Quais os alimentos que consideram saudáveis e não saudáveis.  Que importância atribuem à alimentação saudável.
Dieta	Perceber se o adolescente já teve a intenção de fazer uma alimentação saudável  Perceber se o adolescente já fez algum tipo de dieta (qual a ideia que tem sobre o que é uma dieta)  Explorar a vivência dessa experiência de dieta (perceber o que fez antes e depois da dieta)	Com que objectivo?  Averiguar se pôs em prática essa intenção  Averiguar se a dieta foi imposta pelos médicos ou auto-imposta.  Como a dieta foi levada a cabo (como fez, onde)  O que foi mais difícil e o que foi mais fácil na dieta
Controlo sobre a dieta	Perceber se o controlo sobre a	Averiguar se existe auto-

	dieta é interno ou externo	<p>controlo alimentar</p> <p>Que tipo de auto-controlo (cognitivo, comportamental)</p> <p>Perceber se existe controlo externo</p> <p>Perceber se existe apoio social</p>
Planeamento da acção (implementação de intenções)	Explorar a existência ou não de um planeamento prévio (discriminou quando, como e o que devia comer)	<p>Perceber se os adolescentes que estiveram em regime ou se propuseram a tal fizeram algum plano</p> <p>Se alguém indicou a possibilidade de fazer um plano, se sim quem.</p> <p>Como pensariam implementar o plano.</p> <p>O que continha o plano e como pensaram implementar o plano.</p> <p>Que resultados esperariam se fizessem um planeamento.</p>
Obstáculos e benefícios	<p>Perceber porque razão os adolescentes têm dificuldade em manter a dieta.</p> <p>Identificar as vantagens da elaboração de um plano para a manutenção da dieta</p> <p>Identificar os benefícios de uma alimentação saudável.</p> <p>Identificar o recurso a estratégias de coping</p> <p>Identificar as estratégias de coping usadas</p>	<p>Quais os obstáculos identificados pelos adolescentes no cumprimento da dieta</p> <p>Dificuldades sentidas</p> <p>Se o planeamento é visto como uma forma de colmatar as dificuldades</p> <p>Perceber as vantagens que os adolescentes atribuem a uma alimentação saudável</p> <p>Perceber quais as estratégias de coping usadas pelos jovens</p> <p>Perceber se recorrem ao coping antecipatório</p>
Avaliação dos resultados – repercussões afectivas	<p>Perceber se a atribuição do sucesso é interna ou externa</p> <p>Perceber se a atribuição do insucesso é interna ou externa</p> <p>Identificar o tipo de repercussão afectiva aos resultados</p>	<p>A quem atribui os resultados, os sucessos e insucesso</p> <p>Como lida emocionalmente com os resultados</p>

## **Procedimento**

Foram realizadas quatro entrevistas, com duração aproximada de 25 minutos, visando a exploração das questões de investigação e dos objectivos estabelecidos.

Antes da realização da entrevista foi solicitado aos participantes a permissão para a gravação da entrevista, a fim da posterior transcrição e análise. Foi garantida aos participantes a confidencialidade e anonimato dos dados bem como explicados os objectivos do estudo.

## **Participantes**

### CrITÉRIOS de selecção

A população-alvo deste estudo são os indivíduos, de ambos os sexos, que preenchem os critérios de obesidade.

Os participantes foram recrutados de acordo com três critérios previamente definidos: tinham de ser adolescentes ou jovens adultos (idade compreendida entre os 15 e os 25 anos), ser considerados obesos ou com excesso de peso (IMC acima dos 25) e já terem realizado ou intencionado realizar um regime alimentar com vista à perda de peso.

### Obtenção da amostra

O estudo envolveu uma amostra de quatro indivíduos do sexo feminino e masculino, com idades compreendidas entre os 16 e os 24 anos.

A amostra foi recolhida através do conhecimento pessoal de jovens que se disponibilizaram a ser entrevistados e que possuíam os requisitos necessários para o estudo (previamente definidos).



No quadro seguinte e de modo sucinto apresentam-se os dados da amostra:

Individuo	Sexo	Idade	IMC= $\frac{\text{peso}}{\text{alt}^2}$	Escolaridade
P	Masculino	16	30,09	10º ano
A	Feminino	16	29,38	9º ano
M	Masculino	22	36,67	12º ano
S	Masculino	24	31,64	Ensino Superior
		X= 19,5	X= 31,95	

### Processo de análise das entrevistas

A análise das entrevistas recolhidas baseia-se na técnica de análise de conteúdo, definida como um “instrumento qualitativo com carácter científico, conferido este pela objectividade e sistematicidade do seu processo bem como pela sua capacidade de gerar e testar hipóteses (Estrela, 2008). O objectivo desta análise é fundamentalmente a compreensão mais do que a explicação.

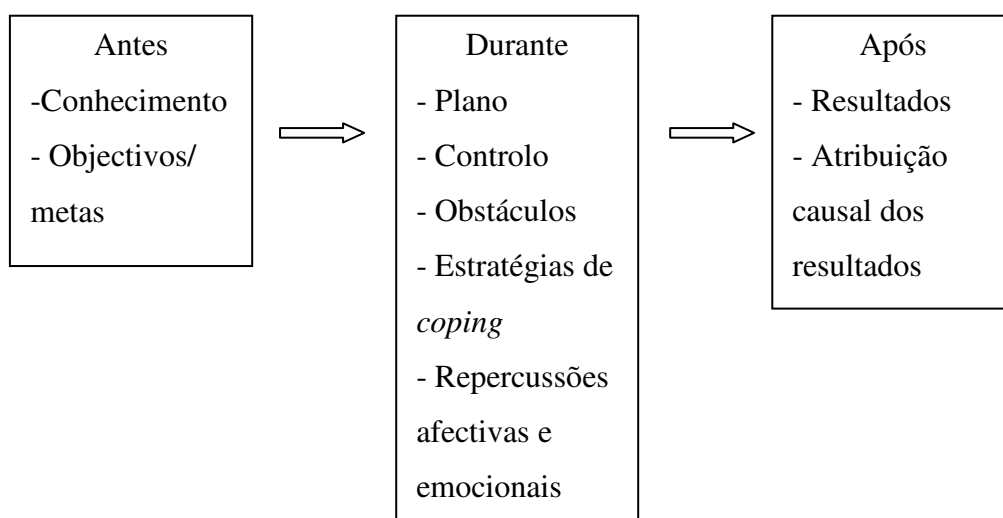
O processo de análise de conteúdo baseia-se em três fases, segundo Bardin (1977): 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamentos dos resultados, inferência e interpretação. A primeira fase corresponde à colocação de hipóteses e à definição de objectivos, neste caso tanto podem existir hipóteses prévias à recolha dos dados como podem surgir ao longo do estudo. É fundamental que se defina o material que estará na base da análise e os instrumentos necessários para a sua recolha. Na fase seguinte faz-se a codificação e categorização do material recolhido, tendo por base as categorias resultantes dos modelos teóricos e dos indicadores resultantes das respostas dos participantes. Na terceira fase são realizadas inferências que podem ser específicas às situações encontradas como podem corresponder a generalizações (Bardin, 1977).

A análise de conteúdo, do presente estudo, seguiu esta linha orientadora. Após a realização das entrevistas, as respostas dadas pelos participantes foram analisadas tendo por base as hipóteses e questões colocadas previamente. As unidades de registos

(palavras, frases ou partes de frases) consideradas relevantes foram retiradas do corpo da entrevista e agrupadas de acordo com as temáticas inerentes, constituindo assim as várias dimensões (às quais foram atribuídas designações), seguidamente dentro de cada dimensão foram identificadas categoria e indicadores. Posteriormente analisaram-se os dados relativos a cada um dos casos isoladamente (estudo de caso), tendo-se procedido seguidamente a uma análise conjunta de forma a fazer sobressair as componentes facilitadoras ou impeditivas do sucesso da dieta.

A decisão de fazer estudos de caso relaciona-se com o facto do número de entrevistados ser reduzido e destes possuírem idades e contextos de vida bastante distintos, conduzindo, assim a uma heterogeneidade da amostra. O que se pretende é que no término das análises individuais se consigam inferir algumas variáveis comuns que intervêm no seguimento da dieta.

A organização de toda a análise foi realizada de acordo com as três fases básicas, que embora tenham designações diferentes nos vários modelos teóricos, são inerentes a qualquer modelo de auto-regulação: o antes, durante e depois do processo de mudança. O esquema apresentado seguidamente representa algumas das componentes inseridas nas diferentes fases e que foram objecto de análise.



#### **IV - Análise e Discussão dos Resultados**

Como supra referido, inicialmente a análise incidirá nos casos isoladamente e posteriormente tentar-se-á agrupar as componentes comuns no seguimento da dieta.

Para uma melhor compreensão dos resultados e tendo em conta que se trata de um estudo qualitativo e de caso, simultaneamente à apresentação dos dados é feita a sua análise.

##### **Caso P**

Identificação: indivíduo do sexo masculino, com 16 anos. Apresenta uma obesidade considerável que o acompanha há vários anos. Tem sido acompanhado regularmente (regime mensal) por uma dietista há cerca de um ano, os resultados obtidos, segundo o próprio, não têm sido muito positivos.

##### Análise:

**Antes** - Nos dados recolhidos da entrevista é evidente o conhecimento que o indivíduo possui acerca do que é uma alimentação saudável e não saudável, fazendo uma distinção bastante clara entre os dois tipos de regime (anexo 1). A importância dada a este tema tem um carácter essencialmente de evitamento de doenças associadas ao excesso de peso mas também remete para benefícios no bem-estar físico e psicológico. A sua concepção de dieta assenta na estruturação das refeições, apelando a uma redução nas quantidades e nos intervalos entre as refeições (e.g. “É cortar na quantidade dos alimentos mas comer mais vezes ao dia”), o indivíduo faz ainda referência à prática de exercício físico como complemento da dieta e à ausência de produtos químicos para a redução do peso ou apetite. Em suma, o indivíduo P tem um conhecimento suficiente sobre o que deve fazer para conseguir seguir um regime alimentar saudável.

O início da dieta foi aconselhado primeiramente pela médica de família e posteriormente imposto pela dietista. O aspecto físico e a melhoria na auto-estima são os objectivos que motivam o participante P a prosseguir a dieta e embora atribua extrema importância há possibilidade de contrair doenças devido ao excesso de peso, o seu evitamento não é o objectivo principal.

A intenção é considerada nalguns modelos teóricos como a variável mais relevante na relação entre atitude e comportamento, no participante em questão existe uma intenção manifesta de manter um regime alimentar saudável (e.g. “Eu tento, porque eu ando numa dieta e tento”). Embora seja imposto, existe um projecto estabelecido que compromete o participante P à adesão de um novo padrão comportamental. (e.g. “quero emagrecer e tenho de emagrecer”) que é o ponto de partida para o processo de dieta. Deste modo, é possível verificar que o indivíduo P estabeleceu objectivos e metas a cumprir, esta tarefa é fundamental na fase inicial do processo de auto-regulação.

De acordo com os dados anteriores, o participante P parece apto para a passagem da fase intencional do processo de auto-regulação para a fase executiva de mudança de comportamento.

**Durante** - Durante o período de dieta foram identificadas algumas mudanças a nível comportamental (e.g. “comecei a comer mais pausadamente”), bem como mudanças a nível cognitivo (e.g. “antes não sabia comer, comia tudo”) que ajudam no seguimento do regime alimentar, o que mostra que o participante adoptou comportamentos específicos para alcançar os objectivos estabelecidos.

Relativamente ao estabelecimento de um plano (componente facilitadora segundo a Teoria de Implementação de Intenções, ver Gollwitzer, 1993) este foi essencialmente imposto pela dietista (e.g. “A médica fez-me um plano mesmo, com as horas a que devo comer”), sem que houvesse uma negociação entre as duas partes

(apesar da dietista tentar fazer reajustes na dieta esporadicamente quando não obtém resultados favoráveis). A imposição de um plano pode conduzir a que não haja uma representação mental das situações favoráveis, dos recursos pessoais e sociais bem como do curso das acções a adoptar e dos possíveis obstáculos. O plano estabelecido é em certa medida restritivo (e.g. “proibiu foi os doces e fritos”) mas tem paralelamente uma componente de estruturação das refeições, em que é determinado o intervalo de tempo entre as refeições, definido o tipo de alimentos aconselhados e a quantidade a ingerir (e.g. “A médica fez-me um plano mesmo, com as horas a que devo comer, as quantidades que devo comer e o que devo comer”). O participante refere que a restrição é a parte mais complicada da dieta, o que vai de encontro com alguns estudos empíricos que revelam que a restrição alimentar pode aumentar a compulsão alimentar (e.g. Savage, Fisher & Birch, 2007). O participante P percebe vantagens no estabelecimento do plano (e.g. “ajudar, ajuda sempre”) e perspectiva desvantagens na ausência do mesmo (e.g. “piores porque não fazia plano nenhum sequer e se fizesse nem consegui cumprir”), as desvantagens percebidas podem dever-se à sua noção de auto-eficácia e auto-monitorização (e.g. “não fazia plano nenhum sequer e se fizesse nem conseguia cumprir”). O facto de visualizar vantagens com o estabelecimento de um plano é concordante com a ideia defendida por Gollwitzer, de que a implementação de um plano ajuda a traduzir a intenção em acção.

O controlo sobre o comportamento alimentar é uma componente importante na fase de manutenção ou volitiva do processo de auto-regulação, a este nível o indivíduo P apresenta algumas dificuldades sendo o controlo alimentar maioritariamente externo (mais concretamente apoio social) (e.g. “não tenho ninguém a vigiar dá mais vontade de infringir as regras”) manifestando que a ausência de apoio social conduz a um incumprimento do plano alimentar. O participante P assume um auto-controlo negativo

sobre a alimentação ao dizer “há certas alimentações que não consigo pôr em prática”. Contudo, apresenta algum auto-controlo cognitivo-emocional positivo quando refere “dizia, eu tenho de emagrecer e quero emagrecer”. Ao verificar que o controlo é principalmente externo poder-se-ia colocar a hipótese de não existir uma motivação intrínseca para a mudança, contudo esta hipótese é infirmada, existindo uma discrepância entre a motivação intrínseca e o controlo sobre o comportamento. O controlo percebido sobre o comportamento avalia simultaneamente os obstáculos e os impedimentos ao comportamento. Assim, para a dificuldade de cumprimento do regime alimentar podem estar a contribuir alguns dos obstáculos enumerados pelo participante P, os obstáculos percepcionados são de diversas ordens: mudança de hábitos (e.g. “pequeno almoço porque não estou habituado a levar comida para a escola, estou habituado a comprar na escola”), situacionais (e.g. “estar ali à espera que aquilo grelhe (...) fritar é mais rápido”), expectativas dos resultados (e.g. “não atingir os objectivos”), resistir à tentação (e.g. “gosto muito de doces, cortar com os doces é difícil”), respeitar os intervalos de tempo saudáveis entre as refeições (e.g. “há certas alimentações que não consigo pôr em prática ou porque não tenho fome naquela hora e não consigo comer obrigado ou porque depois tenho fome mais tarde”) e a ansiedade (e.g. “ansiedade de querer comer e não poder comer”). De modo geral, as dificuldades mencionadas estão fora do controlo do participante, parecendo haver uma desresponsabilização. Relativamente à dimensão de resistir à tentação esta pode estar associada com o auto-conceito do participante (e.g. “sou muito guloso”). O facto de não antecipar cognitivamente os obstáculos (planeamento de *coping*) na fase inicial do processo pode dificultar o seguimento do plano, uma vez que a predição de como escapar das influências indesejadas ao comportamento auxiliaria a agir de acordo com as suas intenções mesmo em situações onde há obstáculos que se interpõem ao

comportamento desejado (Sniehotta, Scholz, & Schuz, 2005b). Deste modo a capacidade para lidar com situações “difíceis” pode estar diminuída. Para além disso, o participante P desconhece se essa antecipação o iria ajudar (e.g. “não sei...talvez, não sei”), o que mostra que o seu plano não está completamente estabelecido.

As estratégias de *coping* são essenciais na fase de manutenção do comportamento pois permitem contornar obstáculos e prosseguir o seguimento das metas estabelecidas. Através da análise da entrevista do indivíduo P é possível verificar o recurso a uma estratégia de *coping* de auto-protecção relacionada com o incumprimento da dieta, esta estratégia não só é um escape para justificar as “falhas” cometidas (e.g. “arranjo sempre desculpas para tudo”) como ainda evita o confronto com a dietista (e.g. não tenho coragem de dizer a verdade”). É ainda de destacar uma outra estratégia de *coping* relacionada com a desculpabilização e desresponsabilização (e.g. “Quando estou mais nervoso aproveito aquela desculpa que dão que o chocolate ajuda a raciocinar antes dos testes”).

A revisão de literatura assinala a existência de uma relação entre os estados psicológicos e o comportamento alimentar (ver Geliebter & Aversa, 2003), as respostas do participante P parecem confirmar esta hipótese, sendo apontada relação entre ansiedade (e.g. “Ansiedade de querer comer e não poder”), sentimentos de vergonha (e.g. “Custa-me levar sandes ou barras de dieta assim para a escola e depois estar a comer à frente dos meus colegas”), reacções depressivas (e.g. “Desiludido com as minhas atitudes sou capaz de me sentar em frente à televisão e comer um pacote inteiro de bolachas”) e o cumprimento/consumo de alimentos, bem como relação entre sentimentos de bem-estar e a ingestão alimentar.

**Após** – nesta fase do processo de auto-regulação é importante a avaliação dos resultados obtidos para eventualmente fazer reajustes. Relativamente à avaliação, este

participante mostra uma certa ambivalência, considera os resultados positivos todavia insuficientes, salientando que durante a dieta alcançou um peso acima do que habitualmente tinha (e.g. “antes de lá ir mantinha o peso, engordava um quilo perdia outro (...) de repente cheguei aos 100 kg que nunca tinha chegado”). Os resultados menos positivos podem relacionar-se com a sua noção de auto-eficácia e auto-controlo (e.g. “podiam ser melhores se eu conseguisse pôr mesmo em prática tudo”) e com a restrição alimentar relativamente aos doces (e.g. “sou muito guloso e cortar nos doces ainda é difícil”). Quanto às reacções afectivas aos resultados, o indivíduo P faz referência à variável auto-estima, o facto de não obter os resultados que estabeleceu para si fá-lo sentir a auto-estima mais baixa (e.g. “a auto-estima não está tão elevada como se fosse magro”). A atribuição causal do sucesso é interna (e.g. “lembrar do que a médica disse, vou fazendo e vou conseguindo impor barreiras”), a atribuição do insucesso é tanto interna (e.g. “desleixo-me sempre um bocado”) como externa (e.g. “atingi quilos que nunca tinha atingido (...) derivado à proibição de comer”), havendo no entanto uma maior ênfase em aspectos internos.

### **Caso A**

Identificação: indivíduo do sexo feminino, com 16 anos que preenche os critérios de obesidade. Foi seguida, durante tempo prolongado, em consultas de dietética que à data da entrevista já não frequentava. Continua a manter o plano alimentar que a médica aconselhou nas consultas.

#### Análise:

**Antes** – A participante possui um conhecimento acerca do que é uma alimentação saudável e não saudável e quais os alimentos constituintes de cada uma destas categorias satisfatório, havendo uma distinção adequada os dois tipos de regime



(anexo 2). A relevância dada a este tema assenta em dois aspectos distintos, o evitamento de doenças associadas ao excesso de peso e o sentimento de bem-estar psicológico, os benefícios antecipados são portanto a longo prazo. A sua definição de dieta apela à estruturação das refeições (e.g. “comer várias vezes ao dia mas em poucas quantidades”), à restrição alimentar (e.g. “acho que é não comer doces”) e ao consumo de alimentos saudáveis. De um modo geral, a participante A tem um conhecimento suficiente sobre o que deve fazer para conseguir seguir um regime alimentar saudável.

O início da dieta foi deliberado por iniciativa própria embora tenha havido um aconselhamento médico adicional. O aspecto físico de perda de peso e a melhoria do bem-estar pessoal são os objectivos que motivam a participante A a prosseguir a dieta.

A intenção é considerada por alguns teóricos como a variável proximal na relação atitude-comportamento, na participante A é notória a intenção em manter uma alimentação saudável (e.g. “agora tento ter uma alimentação saudável”) que ajudará a alcançar o seu objectivo de perda de peso e melhoria do bem-estar. Existe portanto um compromisso por parte da participante A em aderir a um comportamento adequado. Deste modo, é possível verificar que a participante A estabeleceu objectivos e metas a cumprir, sendo esta uma tarefa essencial no início do processo de auto-regulação.

De acordo com os dados anteriores, a participante A parece apto para a passagem da fase intencional do processo de auto-regulação para a fase executiva de mudança de comportamento.

**Durante** - Durante o período de dieta foram identificadas mudanças a nível cognitivo (e.g. “comia bolachas com açúcar e chocolate e agora já sei que posso comer daquelas integrais”) que ajudam no seguimento do regime alimentar saudável, o que mostra que a participante adoptou comportamentos específicos para alcançar os objectivos estabelecidos.

Relativamente ao estabelecimento de um plano (componente facilitadora segundo a Teoria de Implementação de Intenções, ver Gollwitzer, 1993) este foi imposto pela dietista, sem que houvesse uma negociação entre as duas partes, tendo a dietista definido o que a participante deveria fazer (e.g. “a médica estabeleceu-me um plano”). A imposição de um plano pode conduzir a que ocorra uma representação mental das situações favoráveis, dos recursos pessoais e sociais bem como do curso das acções a adoptar e dos possíveis obstáculos, aspectos essenciais no processo de auto-regulação. O plano estabelecido é em certa medida restritivo (e.g. “não poder comer os doces”) mas apresenta adicionalmente uma vertente de estruturação das refeições, em que é determinado o intervalo de tempo entre as refeições, definido o tipo de alimentos aconselhados, a quantidade a ingerir bem como a possibilidade de substituição de alguns alimentos por outros igualmente saudáveis (e.g. “Continha os alimentos que deveria comer, mais ou menos um tempo, um tempo limite para comer”).

O controlo da alimentação é uma componente importante na fase de manutenção ou volitiva do processo de auto-regulação, a participante A apresenta um controlo tanto interno como externo. Na fase inicial do regime alimentar, o controlo foi essencialmente através do apoio social prestado pela mãe (e.g. “no início era a minha mãe que me ajudava, agora já consigo ter maior controlo e comer o que sei que me faz bem”), numa fase posterior é identificado um auto-controlo cognitivo-emocional (e.g. “pus mesmo na cabeça”). Um outro tipo de controlo externo, materializado na forma de apoio social, que auxiliou no processo de dieta foi a comparência nas consultas com a dietista (e.g. “as consultas ajudam-me”).

O controlo percebido sobre o comportamento avalia simultaneamente os obstáculos ou impedimentos ao comportamento, a este nível o único obstáculo percebido pela participante A para o incumprimento do regime alimentar cinge-se a

uma situação bastante concreta e específica, a ida a festas de anos (e.g. “nas festas de aniversário não poder comer os doces”). Embora não faça a antecipação mental dos obstáculos (e.g. “se calhar não pensava antes, era no momento”), o que pode dificultar a tarefa de lidar com as situações desafiantes (não há representação mental situações de “perigo” e as respostas de *coping* percebidas como mais adequadas), a participante A utiliza uma estratégia de *coping* para a resolução de problemas nesta situação que considera mais complicada. Quando comparece em festas de anos tenta distrair-se para controlar a tentação de comer (e.g. “tentava distrair-me para não ir lá”). A estratégia utilizada pela participante parece ter resultados positivos e ser adaptada à situação concreta, apesar de não ter havido um planeamento de *coping*, embora actualmente pareça haver uma interiorização desta estratégia, que é colocada em prática sempre que se depare com as festas de anos. Para além desta estratégia, utiliza uma outra de evitamento (e.g. “Quando ia ao *MacDonald’s* com os meus pais, em vez de comer um hambúrguer como fazia antes (...) optava por comer frango ou uma salada”). É de mencionar que as estratégias de *coping* são essenciais na fase de manutenção do comportamento pois permitem contornar obstáculos e prosseguir o seguimento das metas estabelecidas.

A revisão de literatura assinala a existência de uma relação entre os estados psicológicos e o comportamento alimentar (ver e.g. Geliebter & Aversa, 2003), contudo esta participante refuta esta ideia, referindo que nunca encontrou qualquer tipo de relação entre o consumo alimentar e o seu estado psicológico.

**Após** – nesta fase do processo de auto-regulação é importante a avaliação dos resultados obtidos para eventualmente fazer reajustes. Relativamente à avaliação, esta participante mostra-se satisfeita, definindo os seus resultados como bons. Quanto às reacções afectivas aos resultados obtidos, a participante A refere a melhoria no seu bem-

estar (e.g. “senti-me bem”) e no seu aspecto físico (e.g. “perdi peso”) como as mais significativas. A atribuição causal do sucesso é tanto interna (e.g. “força de vontade”) como externa (e.g. “ida às consultas”), não há referência à atribuição do insucesso pois os resultados foram de encontro ao esperado pelo participante.

### **Caso M**

Identificação: indivíduo do sexo masculino, com 22 anos que preenche os critérios de obesidade (foi referenciado para a colocação de banda gástrica). Actualmente encontra-se a frequentar consultas que visam a perda de peso e o regime alimentar, anteriormente a esta dieta já tinha feito outra onde os resultados não foram tão positivos.

#### Análise:

**Antes** – O conhecimento que o indivíduo possui acerca do que constitui uma alimentação saudável e não saudável é adequado, havendo uma distinção clara entre os dois tipos de regime (anexo 3). Nesta altura o participante M dá bastante importância à alimentação saudável, aspecto não verificado aquando da outra dieta. A sua definição de dieta apela à estruturação das refeições (e.g. “primeiro tem de se comer várias vezes ao dia, umas sete ou oito vezes, mais ou menos sempre de duas em duas horas”). De modo geral, o indivíduo M tem um conhecimento abrangente sobre o que aconselhável para seguir um regime alimentar saudável.

O início da dieta foi imposto pela médica de família. O aspecto físico de perda de peso (e.g. “é emagrecer, é chegar ao peso mínimo para a minha altura”), o evitamento de doenças futuras (e.g. “tenho medo de morrer, é isso”), a melhoria da auto-estima (e.g. me sinto melhor comigo mesmo”) e a apresentação pessoal no futuro (e.g. “em termos de trabalho sei que uma boa apresentação também é essencial para um

futuro trabalho”) são os objectivos que motivam o participante M a prosseguir com o regime alimentar.

Alguns modelos teóricos consideram a intenção como sendo a variável mais determinante na relação entre atitude e comportamento, no participante em questão existe uma intenção manifesta de colocar em prática uma alimentação saudável (e.g. “tive e estou a pôr em prática”). Uma vez estabelecida a intenção e definidos os objectivos e metas a alcançar, o individuo está mais apto para prosseguir com o seu processo de auto-regulação alimentar., passando da fase intencional do processo para a fase executiva de mudança de comportamento.

**Durante** - Durante o período de dieta foram identificadas algumas mudanças a nível comportamental (e.g. “em vez de comer tanto ao almoço e jantar, corto mais”), que auxiliaram no seguimento da dieta. O que evidencia que o participante alterou e adoptou comportamentos específicos na perspectiva de alcançar as metas traçadas.

No que concerne ao estabelecimento de um plano (componente facilitadora segundo a Teoria de Implementação de Intenções, ver Gollwitzer, 1993) este foi essencialmente imposto pela médica de família, sem que existisse uma negociação entre as duas partes. A imposição de um plano pode conduzir a que não haja uma representação mental das situações favoráveis, dos recursos pessoais e sociais bem como do curso das acções a adoptar e dos possíveis obstáculos. O plano estabelecido é em certa medida restritivo (e.g. “quantidades diz (...) impõe mesmo um limite de peso”) mas tem paralelamente uma componente de estruturação das refeições, em que é determinado o intervalo de tempo entre as refeições, definido o tipo de alimentos aconselhados e a quantidade a ingerir (e.g. “Quantidades mais pequenas e várias vezes ao dia”).

O controlo sobre o comportamento alimentar é uma componente importante na fase de manutenção ou volitiva do processo de auto-regulação, a este nível o indivíduo M apresenta um elevado auto-controlo, tanto em termos comportamentais (e.g. “sei controlar-me bastante melhor agora”) como cognitivo-motivacionais (e.g. “é isto que eu quero e é isto que tem de acontecer”). Este elevado auto-controlo facilita o cumprimento da dieta alimentar. O controlo percebido sobre o comportamento avalia simultaneamente os obstáculos ou impedimentos ao comportamento assim, para o indivíduo M a maior dificuldade encontrada para o incumprimento do regime alimentar é a mudança de hábitos (e.g. “mudança drástica de um tipo de alimentação que se tinha para outra completamente diferente”), dificuldade que actualmente já foi ultrapassada mas que na fase inicial teve uma representação importante.

As estratégias de *coping* são essenciais na fase de manutenção do comportamento pois permitem contornar obstáculos e prosseguir o seguimento das metas estabelecidas. A análise da entrevista permite a identificação de uma estratégia de *coping* a que o indivíduo M recorria essencialmente no início da dieta para a resolução de problemas associados à alimentação, essa estratégia é compensatória (e.g. “ia às pastilhas porque tinha de mastigar, tinha de ter alguma coisa”) e permitia controlar o desejo de comer.

A revisão de literatura assinala a existência de uma relação entre os estados psicológicos e o comportamento alimentar (ver Geliebter & Aversa, 2003), as respostas do participante M refutam esta ideia uma vez que refere não encontrar, no seu caso em particular, qualquer associação entre as duas variáveis.

**Após** – nesta última fase do processo de auto-regulação é importante a avaliação dos resultados obtidos para eventualmente fazer reajustes. Relativamente à avaliação, este participante manifesta uma satisfação com os resultados alcançados (e.g.

“têm sido bons”), embora ambicione continuar a perder peso (e.g. “é chegar ao peso mínimo para a minha altura. O que ainda falta um bocado”), existe uma comparação entre os objectivos alcançados e os objectivos desejados, delimitando um objectivo a prosseguir. Quanto às reacções afectivas aos resultados o indivíduo M faz referência à variável do bem-estar (e.g. “sinto-me mais leve”) e aspecto físico (e.g. “já baixei o numero de calças”). A atribuição causal do sucesso é interna (e.g. “estou mais velho e tenho mais cabecinha”) em quanto a atribuição do insucesso é externa (e.g. problema na glândula”).

### **Caso S**

Identificação: indivíduo do sexo masculino, com 24 anos. Preenche os critérios de obesidade, na última década efectuou vários tipos de dietas tendo sido submetido a uma intervenção cirúrgica para colocação de banda gástrica no ano transacto.

#### Análise:

**Antes** - Nos dados recolhidos da entrevista é evidente o conhecimento e a distinção entre alimentação saudável e não saudável feita pelo participante (anexo 4). A importância dada a este tema e os benefícios antecipados tem um carácter de evitamento do aumento de peso (e.g. “é a diferença entre engordar exponencialmente e não engordar, manter o peso”), de melhoria na saúde (e.g. “sinto-me melhor em termos de saúde”) e bem-estar físico e psicológico (e.g. “manter o peso”). A sua concepção de dieta tem por base a experiência de longos anos a tentar variadíssimos tipos de dieta e assenta na ausência de restrição de alimentos mas sim restrição de quantidades (e.g. “não tem restrição nos alimentos”; “restringe em relação à quantidade”) e na estruturação dos intervalos de tempo saudáveis entre as refeições. Há ainda a referência ao exercício físico como elemento complementar da dieta. Em suma, o indivíduo S tem

um conhecimento suficiente sobre o que deve fazer para conseguir seguir um regime alimentar saudável.

O início da dieta foi aconselhado pelo médico de família, com encaminhamento para as consultas de atendimento à obesidade do Hospital Pulido Valente. O aspecto do controlo de peso e o evitamento de doenças associadas ao excesso de peso são os objectivos que motivam o participante S a prosseguir a dieta.

A intenção é considerada por alguns modelos teóricos como a variável mais relevante na relação entre atitude e comportamento, no participante em questão existe uma intenção manifesta de manter uma alimentação saudável (e.g. “tento. É difícil mas tento”) embora refira alguma dificuldade em prosseguir com o plano alimentar, existe um esforço e compromisso no sentido de adquirir um novo padrão comportamental. Deste modo, é possível verificar que o indivíduo S estabeleceu objectivos e metas a cumprir, esta tarefa é fundamental na fase inicial de qualquer processo de auto-regulação.

De acordo com os dados anteriores, o participante S parece apto para a passagem da fase intencional do processo de auto-regulação para a fase executiva de mudança de comportamento.

**Durante** – Relativamente ao estabelecimento de um plano (componente facilitadora segundo a Teoria de Implementação de Intenções, ver Gollwitzer, 1993) este foi essencialmente imposto pela nutricionista contudo, verifica-se uma negociação do plano alimentar periodicamente aquando as consultas de seguimento posteriores à colocação da banda gástrica (e.g. “tinha uma consulta de 3 em 3 meses, ia falar com a nutricionista e ela adaptava a dieta”). O facto de haver uma negociação do plano é apontado pelo participante como elemento facilitado no cumprimento da dieta. O facto do plano não ser totalmente imposto pode conduzir a que haja uma representação



mental das situações favoráveis, dos recursos pessoais e sociais bem como do curso das acções a adoptar e dos possíveis obstáculos. O plano estabelecido é em certa medida restritivo em termos de quantidades (e.g. “restringe em relação às quantidades”) mas não limita o tipo de alimentos a consumir (e.g. “não me limitaram coisas”), paralelamente tem a estruturação das refeições (o intervalo de tempo entre as refeições, o tipo de alimentos aconselhados e a quantidade a ingerir) (e.g. “Não poder estar mais de 3 horas sem comer”). O participante S refere que nas dietas anteriores, em que lhe eram limitados certo tipo de alimentos (tipo restritivo), as dificuldades em seguir a dieta eram muito maiores e os resultados bastante piores, isto porque não se conseguia privar de comer certos alimentos, tornando-se a tentação maior. Esta ideia corrobora certos estudos que mostram que as dietas restritivas podem aumentar o consumo alimentar (ver e.g. Savage, Fisher & Birch, 2007). O participante S percebe vantagens no estabelecimento de um plano (e.g. “ajuda bastante”), justificando o auxílio com uma maior sensação de controlo sobre a alimentação (e.g. “se tivermos as quantidades definidas é bastante mais fácil”). O facto de visualizar vantagens com o estabelecimento de um plano é concordante com a ideia defendida por Gollwitzer, de que a implementação de um plano ajuda a traduzir a intenção em acção.

O controlo sobre o comportamento alimentar é uma componente essencial na fase de manutenção ou volitiva do processo de auto-regulação, a este nível o participante S apresenta algumas estratégias de controlo tanto interno como externo. Do controlo interno pode ser destacado o auto-controlo comportamental (e.g. “consigo controlar-me melhor”) e o auto-controlo cognitivo-motivacional (e.g. “mentalizado de que tenho mesmo de fazer dieta”). No controlo externo há a referir o apoio social (e.g. “a minha mãe chateava-me bastante com a dieta”) e a colocação da banda gástrica (e.g. “mesmo que não me controle, a banda controla por mim”). O controlo percebido sobre o

comportamento avalia simultaneamente os obstáculos ou impedimentos ao comportamento assim, para a dificuldade de cumprimento do regime alimentar podem estar a contribuir alguns dos obstáculos enumerados pelo participante S, os obstáculos percebidos são de diversas ordens: expectativas dos resultados (e.g. “um bocadinho mais difícil porque o peso está a estabilizar”), acessibilidade (e.g. “é relativamente difícil tanto arranjar manteiga magra, iogurtes magros (...) tanto nos cafés como restaurantes”) e respeitar os intervalos de tempo saudáveis entre as refeições (e.g. “respeitar as horas para comer”). Maioritariamente estes factores são de ordem externa.

As estratégias de *coping* são essenciais na fase de manutenção do comportamento pois permitem contornar obstáculos e prosseguir o seguimento das metas estabelecidas. Através da análise da entrevista do indivíduo S é possível verificar o recurso a estratégias de *coping* para resolução de problemas, dessas estratégias podem destacar-se as de distração (e.g. “tento arranjar outras coisas para fazer”), evitamento (e.g. “evitar principalmente pão e alimentos fibrosos que sejam difíceis de engolir”) e de aproximação (e.g. “tento comer quando tenho tempo”). Deste modo é verificável que o participante desenvolveu estratégias variadas que permitem contornar as dificuldades que surgem no dia-a-dia no que respeita ao comportamento alimentar.

A revisão de literatura assinala a existência de uma relação entre os estados psicológicos e o comportamento alimentar (ver Geliebter & Aversa, 2003), as respostas do participante S parecem confirmar esta hipótese, sendo apontada relação entre ansiedade, sentimentos depressivos e a ingestão alimentar (e.g. “quanto mais deprimido e ansioso estou, mais como”).

**Após** – nesta fase do processo de auto-regulação é importante a avaliação dos resultados obtidos para eventualmente fazer reajustes. Relativamente à avaliação, este participante considera os resultados actuais positivos (e.g. “a de agora resulta bem”),

fazendo uma ressalva em relação às dietas de tipo restritivo em que os resultados não eram satisfatórios (e.g. “com estas dietas não consegui resultados”) precisamente devido à proibição de comer algum tipo de alimento. Quanto às reacções afectivas aos resultados, o indivíduo S faz referência à variável auto-estima (e.g. “continuo a sentir-me gordo, é algo mais psicológico do que outra coisa”). A atribuição causal do sucesso é externa (e.g. “íamos adaptando (a dieta) muito mais frequentemente”), este *locus* externo pode dever-se à sua noção de auto-eficácia (e.g. “a minha mãe chateava-me bastante com a dieta (...) porque se fosse só eu acho que teria esquecido grande parte das coisas”). A atribuição do insucesso é tanto externa (e.g. “não via resultados e achava que estava a sofrer por uma coisa que não valia a pena”) como interna e relacionada com o auto-conceito (e.g. “desistia muito depressa, é um traço da minha personalidade”).

### **Análise conjunta dos resultados:**

**Antes** – os dados recolhidos nas entrevistas mostram que todos os participantes possuem um conhecimento adequada acerca do que é uma alimentação saudável e não saudável, conseguindo fazer uma distinção clara entre os dois regimes, as definições são dadas essencialmente pela qualidade (positiva ou negativa) e pelo modo de confecção. A importância dada à alimentação e seus benefícios antecipados tem um carácter de promoção da saúde e prevenção da doença bem como de bem-estar físico e psicológico. A concepção de dieta difere entre os participantes, mas tem por base a componente de estruturação das refeições, com especial enfoque nos intervalos de tempo saudáveis entre as refeições. Deste modo, os entrevistados parecem ter um conhecimento suficiente sobre o que fazer para seguir um regime alimentar saudável.

O início da dieta foi imposto, maioritariamente, por uma médico que fazia o seu acompanhamento. Contudo, os participantes referem a existência de motivação intrínseca para prosseguirem com a dieta, essa motivação foca-se essencialmente na perda de peso, na melhoria da auto-estima e da imagem corporal e na prevenção de doenças.

A intenção é considerada por alguns modelos teóricos como a variável proximal entre atitude e comportamento, todos os participantes manifestam a intenção de ter uma alimentação saudável, verificando-se um esforço e compromisso no sentido de adquirir um novo padrão comportamental. É possível verificar que os participantes estabeleceram objectivos e metas a cumprir, tarefas fundamentais na fase inicial de qualquer processo de auto-regulação.

De acordo com os dados anteriores, os participantes parecem aptos para a passagem da fase intencional do processo de auto-regulação para a fase executiva de mudança de comportamento.

**Durante** – durante o período de dieta foram identificadas, nos vários participantes, algumas mudanças a nível comportamental e cognitivo que ajudaram no cumprimento do regime. Estas estratégias evidenciam a alteração ou adopção de novos padrões comportamentais com vista ao alcance dos objectivos definidos por cada um.

No que concerne ao estabelecimento de um plano (componente facilitadora segundo a Teoria de Implementação de Intenções, ver Gollwitzer, 1993) estes foram essencialmente impostos pelas médicas que acompanhavam os participantes, sem que existisse uma negociação entre as duas partes. A imposição de um plano pode conduzir a uma dificuldade acrescida no processo de auto-regulação pois não existe uma representação mental do mesmo. Os planos estabelecidos tem uma componente de estruturação das refeições apresentando paralelamente uma componente restritiva em

alguns dos casos. A restrição alimentar é referida por dois participantes como uma componente que dificulta o seguimento da dieta. Os participantes percebem vantagens no estabelecimento do plano e nalguns casos conseguem perspectivar desvantagens na ausência do mesmo. O facto de visualizarem vantagens com o estabelecimento de um plano é concordante com a ideia defendida por Gollwitzer, de que a implementação de um plano ajuda a traduzir a intenção em acção.

O controlo sobre o comportamento alimentar é uma componente essencial na fase de manutenção do processo de auto-regulação, a este os participantes manifestam alguma dificuldade. Apesar de alguns participantes terem estratégias de auto-controlo (comportamental e cognitivo-motivacional), o controlo sobre a alimentação é principalmente externo e baseado no apoio social (familiar). O controlo percebido avalia simultaneamente os obstáculos ou barreiras ao comportamento assim, para a dificuldade de cumprimento do regime alimentar podem estar a contribuir alguns dos obstáculos enumerados pelos participantes, os obstáculos percebidos são de diversas ordens: situacionais, expectativas dos resultados, acessibilidade, resistir à tentação e respeitar os intervalos de tempo saudáveis entre as refeições. Embora identifiquem demasiadas barreiras os jovens não verbalizam ter antecipado cognitivamente essas barreiras nem ter realizado um planeamento de *coping* que lhes permitiria lidar com as situações desafiantes (Sniehotta, Scholz, & Schuz, 2005b) razão pela qual o cumprimento da dieta pode tornar-se mais difícil.

As estratégias de *coping* são essenciais na fase de manutenção do comportamento pois permitem contornar obstáculos e prosseguir o seguimento das metas estabelecidas. Através da análise das entrevistas é possível verificar o recurso a várias estratégias de *coping*. Dessas estratégias podem destacar-se: as de auto-protecção, nomeadamente de escape e as estratégias de resolução de problemas, entre as quais as

de distração, de compensação, de evitamento e de aproximação. Deste modo, é verificável que os participantes desenvolveram estratégias diversas que lhes permitem contornar as dificuldades que surgem no dia-a-dia no que respeita ao comportamento alimentar.

A revisão de literatura assinala a existência de uma relação entre os estados psicológicos e o comportamento alimentar (ver Geliebter & Aversa, 2003), metade dos participantes faz referência a sentimentos de vergonha, ansiedade e reacções depressivas.

**Após** – nesta fase do processo de auto-regulação é importante a avaliação dos resultados obtidos para eventualmente fazer reajustes. Relativamente à avaliação, de modo geral, os participantes mencionam ter tido resultados positivos. Quanto às reacções afectivas aos resultados há referência à variável de auto-estima e imagem corporal, ao bem-estar e aspecto físico. A atribuição causal do sucesso é tanto externa como interna, assim como acontece com a atribuição causal do insucesso.

À luz dos dados obtidos, os factores que parecem contribuir para o sucesso da dieta são: a definição de objectivos (formação de intenção); o estabelecimento de um plano que estruture as refeições (indicando o que comer, quando e como); o controlo externo particularmente o apoio social e algumas das estratégias de *coping* encontradas pelos jovens. Quanto às variáveis que podem conduzir ao insucesso há a destacar: a imposição e não negociação de um plano; a restrição alimentar de alguns planos; a dificuldade de auto-controlo; a ausência de apoio social; a inexistência de *coping* antecipatório e a percepção de demasiados obstáculos.

## **V - Conclusões**

Verificou-se neste estudo que nem sempre as boas intenções são traduzidas no comportamento desejado, tal como Gollwitzer (1993) defende. Deste modo, é pertinente tentar compreender quais as variáveis que medeiam e modelam a relação entre intenção-comportamento, ambicionando que a maior compreensão conduzirá a melhorias nas intervenções e na redução do número de jovens obesos.

Tendo como base as questões de investigação e pensando no mecanismo de auto-regulação alimentar como um processo que incorpora três fases – intencional (antes), executiva (durante) e de manutenção (depois) – os dados revelam que diferentes variáveis influenciam o cumprimento da dieta. Assim, através da análise das entrevistas dos participantes é possível verificar que na fase intencional do processo de auto-regulação o conhecimento sobre alimentação saudável e não saudável é fundamental para conseguir aderir a um regime alimentar adequado, uma vez que alguns dos participantes referiram que antes de iniciarem uma dieta não sabiam o que comer nem davam a importância merecida a este tema. É este conhecimento, que os jovens parecem possuir (corroborando o estudo de Croll, Neumark-Sztainer e Story, 2001), que ajuda na formação da intenção de manter uma alimentação saudável e no estabelecimento de objectivos e metas a alcançar, sendo este passo essencial para a iniciação do processo de auto-regulação. No que concerne ao conceito de dieta, embora este varie entre os participantes, há uma ênfase na componente de estruturação das refeições.

O início da dieta foi, maioritariamente, aconselhado por terceiros sendo contudo, referida, por parte dos participantes, motivação intrínseca no seguimento da mesma. Esta motivação é de ordem diversa destacando-se a melhoria da auto-estima e imagem corporal, o controlo de peso e o evitamento de doenças associadas ao excesso de peso.

Todos os participantes manifestam a intenção de manter uma alimentação saudável que os ajudará a alcançar os vários objectivos e metas pessoais a que se propuseram, deste modo verifica-se um compromisso de adesão ao regime alimentar.

Em suma, os participantes parecem aptos para a passagem da fase intencional do processo de auto-regulação para a fase executiva de mudança de comportamento.

Ao longo do processo de auto-regulação, na fase executiva, é possível identificar algumas mudanças comportamentais e cognitivas nos diversos participantes, o que evidencia a adopção de comportamentos específicos e elaboração de planos de acção para alcançar os objectivos estabelecidos.

Em todos os participantes houve a imposição de um plano (por parte da dietista ou nutricionista), à excepção de um dos indivíduos, não houve qualquer tipo de negociação no estabelecimento do plano. A imposição de um plano pode conduzir a que não haja uma representação mental das situações favoráveis, dos recursos pessoais e sociais bem como do curso das acções a adoptar e dos possíveis obstáculos, dificultando deste modo o cumprimento do regime alimentar. Deste modo, considera-se que o plano-padrão de uma alimentação saudável deve resultar de uma adequação e negociação que tenha em consideração as características idiossincráticas dos indivíduos, tais como o seu contexto, as crenças pessoais, as expectativas, as vulnerabilidades, os recursos pessoais, entre outros. Os planos estabelecidos assentam essencialmente na estruturação das refeições, havendo no entanto alguns com componente restritiva simultaneamente. Os participantes referem a vantagem de ter um plano que estruture as refeições e reconhecem que as restrições alimentares são difíceis de cumprir e podem mesmo conduzir a um consumo aumentado do tipo de alimento “proibido”. A ideia de que a restrição alimentar pode conduzir a uma ingestão acrescida é referida na literatura (e.g. Savage, Fisher & Birch, 2007) e é destacada por dois dos participantes.



O controlo sobre o comportamento alimentar é uma componente importante na fase de manutenção ou volitiva do processo de auto-regulação. Os participantes deste estudo manifestam alguma dificuldade ao nível do auto-controlo sendo o controlo sobre a alimentação maioritariamente externo, principalmente na fase inicial do processo de dieta. O apoio social mostra ter um papel importante no cumprimento do plano alimentar, sendo a família um apoio importante e um factor protector, tal como demonstra um estudo de Piko e Brassai (2009). O controlo percebido sobre o comportamento avalia os impedimentos ao padrão comportamental a implementar, os jovens percepcionam demasiados obstáculos que podem dificultar o cumprimento do plano, o facto de não anteciparem cognitivamente o modo de controlar e contornar esses obstáculos, na fase inicial do processo, pode dificultar o seguimento do plano, uma vez que não é feita uma predição de como escapar das influências indesejadas ao comportamento, o que auxiliaria os indivíduos a agir de acordo com as suas intenções mesmo em situações onde há obstáculos que se interpõem ao comportamento desejado (Sniehotta, Scholz, & Schuz, 2005b). Adicionalmente, o desconhecimento do auxílio *coping* antecipatório mostra que o plano não se encontra completamente estabelecido.

As estratégias de *coping* são essenciais na fase de manutenção do comportamento pois permitem contornar obstáculos e prosseguir o seguimento das metas estabelecidas. Os jovens mostram ter a capacidade de desenvolver comportamentos variados que os ajudam a cumprir a dieta.

A revisão de literatura assinala a existência de uma relação entre os estados psicológicos e o comportamento alimentar (ver Geliebter & Aversa, 2003), contudo as respostas dadas pelos participantes não são conclusivas, metade dos participantes reconhece esta relação ao passo que a outra metade não.

Na fase de reflexão do processo de auto-regulação é importante a avaliação dos resultados obtidos para eventualmente fazer reajustes, analisando a discrepância entre os resultados obtidos e os esperados. Os participantes definem os seus resultados actuais como positivos, embora ambicionem mais. As reacções afectivas aos resultados reflectem-se essencialmente ao nível do bem-estar, aspecto físico e auto-estima. Quanto à atribuição causal do sucesso e insucesso esta tanto é externa como interna não se encontrando, por esta razão, algum tipo de padrão.

Um dado curioso desta investigação é que embora as dietistas e nutricionistas sejam vistas como figuras de autoridade e como tendo um papel crucial no cumprimento da dieta, os participantes habitualmente não lhe relatam as suas dificuldades e incumprimentos preferindo ocultar os factos. Esta atitude pode, de algum modo, comprometer o sucesso do regime alimentar, uma vez que não são realizados reajuste na dieta consoante as necessidades de cada jovem.

Em síntese, podemos sugerir que algumas das variáveis que dificultam o seguimento da dieta por parte dos jovens são: o plano ser imposto e não negociável, a restrição alimentar verificada nalguns planos alimentares, a ausência de antecipação dos obstáculos, a percepção de inúmeros obstáculos, a dificuldade de auto-controlo e ausência de apoio social.

Como variáveis que facilitam o cumprimento do plano podemos enumerar as seguintes: estabelecimento de um plano, a estruturação das refeições, o controlo externo nomeadamente o apoio social, sobretudo numa fase inicial.

Tendo em conta os objectivos de investigação estabelecidos verifica-se que os jovens estabelecem um regime alimentar e implementam um plano por indicação de terceiros não fazendo antecipação dos obstáculos que poderão surgir no decorrer da dieta nem antecipando formas de *coping* para os ultrapassar. De um modo geral, o

controlo sobre a alimentação é externo embora com o avançar da dieta aumente o nível de auto-controlo. Como se previa, de acordo com a revisão de literatura, os jovens tem um conhecimento adequado sobre alimentação, mas percebem demasiados constrangimentos e barreiras ao seguimento da dieta.

O presente estudo apresenta alguns constrangimentos metodológicos. Uma das limitações que se pode apontar é o facto da amostra não ser representativa, devido à sua dimensão reduzida, o que não permite uma leitura abrangente da população-alvo e impossibilita a generalização dos resultados para a população portuguesa. Esta limitação está intrinsecamente ligada à dificuldade de acesso à população em estudo, nem todos os jovens com excesso de peso ou obesos contactados se disponibilizaram a ser entrevistados e a abordagem a grupos clínicos não foi possível no tempo útil da investigação. Deste modo, sugere-se que futuras investigações neste campo incidam sobre amostras mais alargadas e, se possível, em grupos de apoio e intervenção ao nível da obesidade.

Os participantes deste estudo constituem uma amostra heterogénea e, se por um lado este aspecto nos dá a conhecer realidades distintas do mesmo problema, por outro dificulta a retirada de conclusões, uma vez que diversas variáveis (e.g. sexo, idade, escolaridade, contexto familiar) podem estar a condicionar os resultados encontrados. De futuro, espera-se que estas variáveis sejam tidas em conta a fim de retirar o máximo partido dos resultados obtidos.

A abordagem qualitativa e exploratória deste estudo permite uma compreensão mais profunda dos participantes e das variáveis que influenciam o cumprimento do regime alimentar saudável. Propõe-se que, uma vez identificadas algumas das variáveis relevantes (e.g. implementação de intenções, *coping* antecipatório) para o seguimento da dieta alimentar, sejam realizadas investigações quantitativas que visem e foquem o

seu estudo. Os dados quantitativos conduzirão a uma maior compreensão sobre o contributo e importância de cada uma das variáveis facilitadoras e impeditivas do regime alimentar saudável.

O apoio social revela-se uma das variáveis moderadoras entre a intenção e o comportamento. Assim, tendo em conta que neste estudo não foi colocada uma ênfase nesta variável, sugere-se que estudos futuros o façam, tentando compreender melhor as percepções dos jovens sobre este tema. Adicionalmente, as intervenções com jovens obesos devem envolver os seus pais a fim de propiciar resultados mais favoráveis.

Ao nível pragmático e interventivo, o presente estudo mostrou a importância da implementação de um plano para que o regime alimentar seja cumprido. Deste modo, é desejável que as intervenções incentivem os participantes a estabelecer um plano que os comprometa a seguir o regime alimentar e paralelamente incentivem e desenvolvam a capacidade de antecipação dos obstáculos e de respostas de *coping* possíveis.

## Referências bibliográficas

- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Armitage, C. (2006). Evidence that implementation intentions promote transitions between the stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 141-151.
- Armitage, C. (2007). Effects of an implementation intention-based intervention on fruit consumption. *Psychology and Health*, 22(8), 917-928.
- Armitage, C, & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behavior: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40(4), 471-499.
- Backman, D R., Haddad, E. H., Lee, J. W., Jonhston, P. K., & Hodgkin, G. E. (2002). Psychosocial predictors of healthful dietary behavior in adolescents. *Journal of Nutrition Education Behavior*, 34, 184-193.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo* (Trad.). Lisboa: Edições 70.
- Bektas, M., & Ozturk, C. (2008). Effect of Health promotion education on presence of positive health behaviors, level of anxiety and self-concept. *Social Behavior and Personality*, 36(5), 681-690.
- Bibeu, W. S., Moore, J. B., Caudill, P., & Toop, R. (2008). Case study of a transtheoretical case management approach to addressing childhood obesity. *Journal of Pediatric Nursing*, 23(2), 92-100.
- Blue, C. L. (2007). Does the theory of planned behavior identify diabetes-related cognitions for intention to be physically active and eat a healthy diet? *Public Health Nursing*, 24(2), 141-150.
- Bogdan, R. C & Biklen, S. K. (1998). *Qualitative research for education*. Boston: Allyn and Bacon.

- Boni, V., & S. J. Quaresma (2005). Aprendendo a entrevistar: Como fazer entrevistas em ciências sociais [Versão electrónica]. *Em Tese*, 2, 68-80.
- Bryman, A., & Burgess, R. G. (1999). Qualitative research methodology – A review. In A. Bryman & R. Burgess. *Qualitative research Vol.1* (pp. IX-XLVI). London: Sage.
- Cabral, M., Silva, P., & Mendes, H. (2002). *Saúde e Doença em Portugal*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais.
- Clark, M., & King, T. (2000). Eating self-efficacy and weight cycling. A prospective clinical study. *Eating Behaviors*, 1, 47-52.
- Coates, T. J., & Thoresen, C. (1978). Treating obesity in children and adolescents: A review. *American Journal Public Health*, 68, 143-151.
- Costarelli, S., & Colloca, P. (2007). The moderation of ambivalence on attitude-intention relations as mediated by attitude importance. *European Journal Of Social Psychology*, 37, 923-933.
- Croll, J., Neumark-Sztainer, D., & Story, M. (2001). Healthy eating: what does it mean to adolescents?. *Journal of Nutrition Education*, 33, 193-198.
- Crow, S., Eisenberg, M. E., Story, M., & Neumark-Sztainer, D. (2008). Are body dissatisfaction, eating disturbance, and body mass index predictors of suicidal behavior in adolescents? A longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 887-892.
- Daniels, S. R., Arnett, D. K., Eckel, R.H., Gidding, S. S., Hayman, L. L., Kumanyika, S. et al. (2005). Overweight in children and adolescents: Pathophysiology, consequences, prevention, and treatment. *Circulation - Journal of American Heart Association*, 111, 1999-2012.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y.S. (1994). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage.

- Drewnowski, A. (1996). The behavioral phenotype in human obesity. In E. D. Capaldi (Ed.), *Why we eat what we eat: The psychology of eating* (pp. 291-308). Washington, DC: American Psychological Association.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, M. A.: Addison-Wesley.
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica* (Trad.). Lisboa: Monitor.
- Edelman, C., & Mandle, C. L. (1998). *The school-aged period: Health promotion throughout the lifespan* [Versão electrónica]. Missouri: Mosby Com.
- Estrela, A. (2008). *Análise e síntese de dados em teoria e prática de observação em classes. Uma estratégia de formação de professores*. Porto: Porto Editora.
- Fila, S., & Smith, C. (2006). Applying the theory of planned behavior to healthy eating behaviors in urban native american youth. *International Journal of Behavioral Nutrition an Physical Activity*, 3.
- French, S., Story, M., & Jeffery, R. (2001). Environmental influences on eating and physical activity. *Annual Reviews Public Health*, 22, 309-335.
- Gable, S., Chang Y., & Krull J. L. (2007). Television watching and frequency of family meals are predictive of overweight onset and persistence in a national sample of schoolaged children. *Journal of American Diet Association*, 107 (1), 53–61.
- Gallo, I., & Gollwitzer, P. (2007). Implementation intentions: a look back at fifteen years of progress. *Psicothema*, 19(1), 37-42.
- Gebhardt, A., & Maes, S. (2001). Integrating social-psychological frameworks for health behavior research. *Journal of Health Behavior*, 25(6), 528-536.
- Geliebter, A., & Aversa, A. (2003). Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. *Eating Behaviors*, 3, 341-347.

Gollwitzwer, P. (1993). Goal achievement: the role of intentions. In W. Strobe & M. Hewstone (Eds.), *European Review of Social Psychology* (vol.4, pp. 141-185). Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.

Gollwitzer, P.M., & Schaal, B. (1998). Metacognition in action: The importance of implementation intentions. *Personality and Social Psychology Review*, 2(2), 124-136.

Gutiérrez-Doña, B., Lippke, S., Renner, B., Know, S., & Schwarzer, R. (2009). Self-efficacy and planning predict dietary behaviors in costa rican and south korean women: Two moderated mediation analyses. *Applied Psychology: Health and Well-being*, 1, 91-104.

Hawkes, C. (2007). Government, politics, and law. *American Journal of Public Health*, 97,1962-1973.

Hedley, A. A., Ogden, C. L., Johnson, C. L., Carroll, M. D., Curtin, L. R., & Flegal, F., M. (2004). Prevalence of overweight and obesity among US children, adolescents, and adults, 1999-2002. *Journal of the American Medical Association*, 192(23), 2847-2850.

Herman, C. & Polivy, J. (2004). The self-regulatory of eating: Theoretical and practical problems. In R. F. Baumeinster & K. D. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation. Research, theory and application* (pp. 491-509). New York: Guilford Press.

Holmann, W., Rauch, W., & Gawronski, B. (2007). And deplete us not in temptation: automatic attitudes, dietary restraint, and self-regulatory resources as determinants of eating behavior. *Journal of Experimental Social Psychology*, 43, 497-504.

Hooft, E., Born, M., Taris, T., Flier, H., & Blonk, R. (2005). Bridging the gap between intentions and behavior: Implementation intentions, action control, and procrastination. *Journal of Vocational Behavior*, 66, 238-256.

Leyens, J. P., & Yzerbyt, V. (2004). *Psicologia social* (Trad.). Lisboa: Edições 70.



- Lima, L. P. (2006). Atitudes: Estrutura e mudança. In J. Vala & M. B. Monteiro (Eds.), *Psicologia social* (pp.187-225). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Maes, H. H., Neale, M. C., & Eaves, L. J., (1997). Genetic and environmental factors in relative body weight and human adiposity. *Behavior Genetics*, 27 (4), 325–351.
- Merriam, S.B (1998). *Qualitative research and case study application in education*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Mcqueen, C. E., Brynes, A. E., & Frost, G. S. (1999). Treating obesity: Can the stages of change model help predict outcome measures?. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 12, 229-236.
- Oettingen, G., Honig, G., & Gollwitzer, P.M. (2000). Effective self-regulation of goal attainment. *International Journal of Educational Research*, 33, 705-732.
- Ogden, J. (2000). *Psicologia da saúde* (Trad.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Palfai, T., & Macdonald, A. (2007). Effects of temptations on the effective salience of weight control goals. *Behavior Research and Therapy*, 45, 449-458.
- Papies, E., Stroebe, W., & Aarts, H. (2008). The allure of forbidden food: on the role of attention in self-regulation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 44, 1283-1292.
- Payne, S. (1999). Interviewing in qualitative research. In A. Memon & R. Bull (Eds.), *Handbook of psychology of interviewing* (pp. 311-333). New York: John & Sons.
- Pelletier, L. G., Dion, S. C., Slovinec-D'angelo, M., & Reid, R. (2004). Why do you regulate what you eat? Relationship between forms of regulation, eating behavior, sustained dietary behavior change, and psychological adjustment. *Motivation and Emotion*, 28, 245-277.
- Piko, F., & Brassai, L. (2009). The role of individual and familial protective factors in adolescents' diet control. *Journal of Health Psychology*, 14(6), 810-819.

- Poulsen, P., & Vaag, A. (2003). The impact of genes and pre- and postnatal environment on the metabolic syndrome. Evidence from twin studies. *Panminerva Med*, 45 (2), 109–115.
- Rothman, A. (2000). Toward a theory-based analysis of behavioral maintenance. *Health Psychology*, 19, 64-69.
- Savage, J. S., Fisher, J. O., Birch, L. L. (2007). Parental influence on eating behavior: Conception to adolescence. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 22-34.
- Schuz, B., Sniehotta, F., Mallach, N., Wiedemann, A., & Schwarzer, R. (2009). Predicting transitions from preintentional, intentional and actional stages of change. *Health Education Research*, 24(1), 64-75.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 217–242). Washington, DC: Hemisphere.
- Selekman J. (2006). *School nursing: A comprehensive text* [Versão electrónica]. Philadelphia: FA Davis Company.
- Sheeran, P., & Orbell, S. (1999). Implementation intentions and repeated behaviour: augmenting the predictive validity of theory of planned behaviour. *European Journal of Social Psychology*, 29, 349-369.
- Sniehotta, F. F., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005a). Action plans and coping plans for physical exercise: A longitudinal intervention study in cardiac rehabilitation. *British Journal of Social Psychology*.
- Sniehotta, F. F., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005b). Bridging the intention-behaviour gap: Planning, self-efficacy, and action control in adoption and maintenance of physical exercise. *Psychology and Health*, 20, 143-160.

Sniehotta, F. F., Schwarzer, R., Scholz, U., & Schuz, B. (2005). Action planning and coping planning for long-term lifestyle change: Theory and assessment. *European Journal of Social Psychology*, 35, 565-576.

Sniehotta, F. F., Nagy, G., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2006). The role of action control in implementing intentions during the first weeks of behavior change. *British Journal of Social Psychology*, 45, 87-106.

Stice, E., Presnell, K., Shaw, H., & Rohde, P. (2005). Psychological and behavioral risk factors for obesity onset in adolescent girls: a prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 195-202.

Stice, E., Shaw, H., & Marti, C. (2006). A meta-analytic review of obesity prevention programs for children and adolescents: The skinny on interventions that work. *Psychological Bulletin*, 132 (5), 667-691.

Wiedemann, A., Schuz, B., Sniehotta, F., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2009). Disentangling the relation between intentions, planning, and behavior: a moderated mediation analysis. *Psychology and Health*, 24(1), 67-79.

#### Sites consultados:

Direcção Geral de Saúde (2004): *Obesidade - A Obesidade como Doença Crónica*. Recuperado em 2008, Novembro, de <http://www.dgs.pt>

Médicos de Portugal (2009): *Obesidade – 61% das crianças que vão a consultas de obesidade têm menos de 10 anos*. Recuperado em 2009, Janeiro, de [http://medicosdeportugal.saude.sapo.pt/action/2/cnt\\_id/2548/](http://medicosdeportugal.saude.sapo.pt/action/2/cnt_id/2548/)

Médicos de Portugal (2008): *Obesidade – A Obesidade*. Recuperado em 2009, Janeiro, de [http://medicosdeportugal.saude.sapo.pt/action/2/cnt\\_id/1787/](http://medicosdeportugal.saude.sapo.pt/action/2/cnt_id/1787/)

World Health Organization (2006): *Obesity and Overweigh – What are overweight and obesity?* Recuperado em 2008, Novembro, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>

## **ANEXOS**

## **Estudos de Caso e Análise das Respostas**

Anexo 1 – Caso P

Anexo 2 – Caso A

Anexo 3 – Caso M

Anexo 4 – Caso S

## Estudos de Caso e Análise das Respostas

## Caso P

## Antes

<b>Dimensão</b>	<b>Categoria</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Unidade de registo</b>
Conhecimento sobre alimentação	Alimentação saudável	Qualidade dos alimentos pela positiva	Alimentação saudável é (...) comer mais verduras, peixe e grelhados
		Qualidade dos alimentos pela negativa	Alimentação saudável é (...) cortar doces e fritos
		Tipo de confecção	(...) comer mais grelhados
	Alimentação não saudável	Qualidade de alimentos	Comida de plástico, fast-food, fritos, doces
	Alimentos saudáveis	Tipo de alimentos	Fruta e legumes
	Alimentos não saudáveis	Tipo de alimentos	(...) e os fast-food
		Tipo de confecção	Tudo o que seja comida frita...e não seja grelhada
	Conceito de dieta	Estrutura das refeições	É cortar na quantidade dos alimentos mas comer mais vezes ao dia

		Ausência de medicamentos	Uma boa dieta é sem químicos
		Comportamentos complementares	(...) praticar exercício
	Vantagens e importância de alimentação saudável (benefícios antecipados)	<p>Saúde – promoção</p> <p>Saúde – prevenção</p> <p>Bem-estar físico e psicológico</p>	<p>A saúde melhora com certeza (...)</p> <p>Podemos vir a ter graves problemas de saúde (...)</p> <p>A saúde melhora com certeza e depois o bem-estar. E isso também só aumenta o stress</p>
Dieta	Início da dieta	Imposta	<p>A partir do momento que fui à dietista</p> <p>Comecei a dieta de modo inesperado (...)</p> <p>nem foi porque eu quis</p>
	Objectivo da dieta/motivação intrínseca	Imagem corporal	<p>Sabia que estava a ficar um bocado gordo</p> <p>Chegava a altura de ir para a praia e sentia-me um bocadinho</p>



			<p>envergonhado</p> <p>Para ficar mais...</p> <p>ou pelo menos</p> <p>ficar sem barriga</p> <p>Estou na dietista</p> <p>nem é por causa</p> <p>das doenças, é</p> <p>mais por causa do</p> <p>aspecto físico</p> <p>A alimentação é</p> <p>muito importante</p> <p>para a saúde mas</p> <p>no meu caso em</p> <p>particular é mesmo</p> <p>só por causa do</p> <p>aspecto físico</p> <p>Não me sinto bem</p> <p>e as pessoas vão</p> <p>ficar a olhar para</p> <p>mim</p>
--	--	--	---

**Durante**

Plano	Intenção de ter uma alimentação saudável	Existência de intenção	<p>Eu tento, porque eu ando numa dietista e tento</p> <p>Quero emagrecer e tenho de emagrecer</p>
	Mudanças e estratégias em relação à dieta	<p>Estratégias comportamentais:</p> <p>- Anteriores</p>	<p>Durante a tarde era capaz de ir</p>

		- Actuais	comendo mil e uma coisas
			Comecei a comer mais pausadamente, menos quantidades mas mais vezes ao dia, coisas magras Vou comendo de 2 em 2 horas Como mais verduras, por exemplo, como fruta muito mais vezes do que antigamente
		Estratégias cognitiva anterior:	
		- Ausência de informação	Antes não sabia comer, comia tudo
		Estratégia motivacional anterior	Não me interessava muito se me fazia bem ou mal
	Tipo de plano:	Estratégias restritivas	A única coisa que proibiu foi os doces e fritos
	Onde fazer	Indicação dos intervalos de tempo saudáveis	Tenho intervalos de 2 a 3 horas para comer

	Como fazer e o que fazer	Indicação das quantidades	A médica fez-me um plano mesmo, com as horas a que devo comer, as quantidades que devo comer e o que devo comer
	Implementação do plano	Imposto	A médica fez-me um plano mesmo, com as horas a que devo comer (...)
	Vantagens do plano	Indicação positiva – saber os alimentos a ingerir  Ausência de plano – perspectiva de resultados negativa	Ajudar, ajuda sempre Sei que não posso comer aquilo, tenho de comer o que a médica mandou mesmo  Piores porque não fazia plano nenhum sequer e se fizesse nem conseguia cumprir
Controlo da alimentação	Tipos de controlo	Auto-controlo cognitivo-motivacional positivo	Dizia, eu tenho de emagrecer e quero emagrecer Tento meter memo na cabeça que vou conseguir

		Auto-controlo negativo	Há certas alimentações que não consigo pôr em prática
		Controlo externo – apoio social	Não tenho ninguém a vigiar dá mais vontade de infringir as regras Sei que todos os meses tenho de lá ir, tenho mais receio e então tento cumprir Que a minha tia quando vou passar férias com ela, ela é uma adepta das caminhadas e obriga-me Não tenho ninguém a vigiar- me, como a minha mãe está sempre a trabalhar. Antes como a minha mãe estava em casa, ela vigiava-me Não me deixam fazer nada do que quero

<p>Obstáculos e dificuldades na dieta</p>	<p>Obstáculos e dificuldades na dieta</p>	<p>Mudança de hábitos</p> <p>Situacionais</p> <p>Expectativas de resultados</p> <p>Resistir à tentação</p> <p>Respeitar os intervalos de tempo</p>	<p>Pequeno almoço porque não estou habituado a levar comida para a escola, estou habituado a comprar na escola</p> <p>Estar ali à espera que aquilo grelhe (...) fritar é mais rápido</p> <p>Não atingir os objectivos</p> <p>Gosto muito de doces, sou muito guloso e cortar nos doces ainda é difícil</p> <p>Estou tão obcecado com os doces que tenho de comê-los</p> <p>Proibiu foi os doces e os fritos(...) que é o que eu não consigo aguentar</p> <p>Há certas alimentações que</p>
---	---	--	---

		<p>Ansiedade</p> <p>Antecipação de obstáculos – benefícios e auxílio</p>	<p>não consigo pôr em prática ou porque não tenho fome naquela hora e não consigo comer obrigado ou porque depois tenho fome mais tarde</p> <p>Últimos 15 dias e destabilizo um bocadinho</p> <p>Ansiedade de querer comer e não poder comer</p> <p>Não sei... talvez, não sei</p>
Estratégias <i>de coping</i>	Auto-protecção	<p>Estratégias de escape</p> <p>Estratégia de desculpabilização e desresponsabilização</p>	<p>Arranjo sempre desculpas para tudo</p> <p>Não tenho coragem de dizer a verdade</p> <p>Quando estou mais nervoso aproveito aquela desculpa que dão que o chocolate ajuda a</p>

			raciocinar antes dos testes
Repercussões afectivas e emocionais	Afectividade negativa	<p>Ansiedade :</p> <p>- Associada à restrição</p> <p>- Associada à centração na dieta</p> <p>- Associada ao sentimento de incumprimento</p> <p>Sentimento de vergonha</p> <p>Sentimentos/reacções depressivas</p>	<p>Ansiedade de querer comer e não poder</p> <p>Depois começo a ansiar por mais</p> <p>Se não tivesse a dietista para me dizer, eu não pensava, não ficava ansioso e não comia simplesmente</p> <p>Não tenho coragem de falar com ela olhos nos olhos e dizer o que fiz</p> <p>Custa-me levar sandes ou barras de dieta assim para a escola e depois estar a comer à frente dos meus colegas</p> <p>Desiludido com as minhas atitudes</p>

			sou capaz de me sentar em frente à televisão e comer um pacote inteiro de bolachas
	Afectividade positiva	Bem-estar	Quando estou contente, quando estou bem, estou mais livre se se pode dizer assim e como com mais cuidado

### Após

Resultados	Resultados alcançados	Positivos	Bons mas podiam ser melhores, se eu conseguisse pôr mesmo em prática tudo
		Negativos	Antes de lá ir mantinha o meu peso, engordava um quilo diminuía outro (...) de repente cheguei aos 100kg e nunca tinha chegado
	Reacções afectivas/avaliação dos resultados	Imagem corporal/auto-estima	Auto-estima não está tão elevada como se eu fosse



			magro
Atribuição causal dos resultados	Atribuição do sucesso	Interna	Lembrar do que a médica disse e vou fazendo e vou conseguindo impor barreiras
	Atribuição do insucesso	<p>Externa</p> <p>Interna e auto-conceito</p>	<p>Atingi quilos que nunca tinha atingido (...) derivado à proibição de comer</p> <p>A ansiedade de comer já é mais forte e então como Sou muito adepto da preguiça e então estou sempre à espera que alguém faça as coisas por mim</p> <p>Desleixo-me sempre um bocado</p>

**Caso A****Antes**

<b>Dimensão</b>	<b>Categoria</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Unidade de registo</b>
Conhecimento sobre alimentação	Alimentação saudável	Qualidade dos alimentos pela positiva	Comer mais verduras e vegetais
		Número de refeições	Comer mais refeições onde estejam essas tais verduras
		Qualidade dos alimentos pela negativa	É não comer à base de fast-food
	Alimentação não saudável	Qualidade de alimentos	É o fast-food
	Alimentos saudáveis	Tipo de alimentos	Verduras, salada, peixes, carnes, algumas carnes
	Alimentos não saudáveis	Tipo de alimentos	As batatas fritas (...) os hambúrgueres. Os molhos
	Conceito de dieta	Restrição	É não comer doces
		Estruturação das refeições	Comer várias vezes ao dia mas em poucas quantidades
		Qualidade dos alimentos	Comer comida saudável

	Vantagens e importância de alimentação saudável (benefícios antecipados)	Saúde – prevenção  Bem-estar psicológico	Não ter as tais doenças, muitas vezes cardíacas  Sentir-me bem comigo própria
Dieta	Início da dieta	Auto-imposta	Foi pelas duas coisas, médicos e iniciativa minha
	Objectivo da dieta/motivação intrínseca	Auto-estima  Controlo de peso	(...) sentir-me bem comigo própria  Emagrecer mais

**Durante**

Plano	Intenção de ter uma alimentação saudável	Existência de intenção	Agora tento ter uma alimentação saudável
	Mudanças e estratégias em relação à dieta	Estratégias cognitivas e comportamentais	Comia bolachas com açúcar e chocolate e agora já sei que posso comer bolachas daquelas integrais
	Tipo de plano  Onde fazer e o que fazer	Restritivo  Respeitar os intervalos de tempo saudáveis e a qualidade dos alimentos	(...) não poder comer os doces  Continha os alimentos que deveria comer, mais ou menos um tempo, um tempo limite para comer



		obstáculos	pensava antes, era no momento
Estratégias de <i>coping</i>	Resolução de problemas	Distracção  Evitamento	Tentava distrair-me para não ir lá  Quando ia ao <i>MacDonald's</i> com os meus pais, em vez de comer um hambúrguer como fazia antes (...) optava por comer frango ou uma salada

### Após

Resultados	Resultados alcançados	Positivos	Foram bons, perdi peso e depois senti-me bem
	Reacções afectivas/avaliação dos resultados	Bem-estar  Aspecto físico	(...) senti-me bem  (...) perdi peso
Atribuição causal dos resultados	Atribuição do sucesso	Externa	Ajudam-me e eu gosto de ir (às consultas) A minha mãe na altura estava a fazer dieta e se calhar isso ajudou
		Interna	Força de vontade

**Caso M****Antes**

<b>Dimensão</b>	<b>Categoria</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Unidade de registo</b>
Conhecimento sobre alimentação	Alimentação saudável	Qualidade dos alimentos	Refeição saudável é à base de legumes, fruta, peixe e grelhados
	Alimentação não saudável	Tipo de alimentos	Batatinhas fritas (...) Tudo o que tem gordura (...) A comida do <i>MacDonald's</i> Chocolates
		Tipo de confecção	Fritos
		Saúde	Tudo o que faz mal à saúde
	Conceito de dieta	Estruturação das refeições	Primeiro tem de se comer várias vezes ao dia (...) mais ou menos sempre de 2 em 2 horas
	Vantagens e importância de alimentação saudável (benefícios antecipados)	Bem-estar físico	Canso-me menos
Dieta	Início da dieta	Imposta	Pela médica de família

	Objectivo da dieta/motivação intrínseca	Auto-estima	Me sinta melhor comigo mesmo
		Controlo de peso	Emagrecer, é chegar ao peso mínimo para a minha altura
		Evitamento de doenças	O meu objectivo principal é a minha saúde no futuro Tenho medo de morrer, é isso
		Apresentação pessoal no futuro	Em termos de trabalho (...) sei que uma boa apresentação também é essencial para um futuro trabalho

**Durante**

Plano	Intenção de ter uma alimentação saudável	Existência de intenção	Tive e estou a pôr em prática
	Mudanças e estratégias em relação à dieta	Estratégias comportamentais	Em vez de comer tanto ao almoço e jantar, corto mais
	Tipo de plano	Restritivo	Quantidades diz (...) impõe mesmo um limite de peso







**Caso S****Antes**

<b>Dimensão</b>	<b>Categoria</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Unidade de registo</b>
Conhecimento sobre alimentação	Alimentação saudável	Qualidade dos alimentos	Constituída por alimentos saudáveis É uma alimentação diversificada
		Qualidade dos alimentos pela negativa	Não muito baseada em coisas gordas mais baseada em frutas e coisas que façam menos mal e engordem menos
		Quantidade ingerida	Dividida em muitas partes
	Alimentação não saudável	Tipo de alimentos	Coisas fritas, ricas em açúcar, lípidos concentrados
	Conceito de dieta	Restrição	Não tem restrição nos alimentos Restringe em relação à quantidade
		Indicação dos intervalos de tempo saudáveis	Não pode estar mais de 3 horas sem comer
	Vantagens e importância de alimentação saudável (benefícios)	Saúde	Sinto-me melhor em termos de saúde
		Bem-estar físico	Diferença entre

	antecipados)		engordar exponencialmente e não engordar, manter o peso
Dieta	Início da dieta	Imposta	Médica
	Objectivo da dieta/motivação intrínseca	Controlo de peso  Evitamento de doenças	Para mim o principal era a perda de peso  Já tinha preocupações com as doenças, com as doenças associadas ao peso

**Durante**

Plano	Intenção de ter uma alimentação saudável	Existência de intenção	Tento. É difícil mas tento
	Tipo de plano	Restritivo	Restringe em relação às quantidades
	Como fazer	Sem restrição alimentar	Não me limitaram coisas
	Onde e o que fazer	Estruturação das refeições	Não poder estar mais de 3 horas sem comer Mais as quantidades em peso do que a qualidade em si
	Implementação do plano	Imposto	Tive acompanhamento de uma nutricionista

		Negociado	que fez os planos por mim  Tinha uma consulta de 3 em 3 meses, ia falar com a nutricionista e ela adaptava a dieta
	Vantagens do plano	Estratégia facilitadora  Quantidades definidas	Ajuda bastante  Se tivermos as quantidades definidas é bastante mais fácil
Controlo da alimentação	Tipos de controlo	Auto-controlo (Comportamental)  Auto-controlo cognitivo-motivacional  Apoio social  Controlo externo	Consigo controlar-me melhor  Mentalizado que tenho mesmo de fazer a dieta  A minha mãe chateava-me bastante com a dieta, ao princípio também ajudou porque se fosse só eu acho que teria esquecido grande parte das coisas  Mesmo que eu não controle, a banda

			controla por mim
Obstáculos e dificuldades na dieta	Obstáculos e dificuldades na dieta	Expectativas de resultados	Um bocadinho mais difícil porque o peso já está a estabilizar
		Acessibilidade	Na faculdade é relativamente difícil arranjar alguma coisa que não tenha açúcar ou gordura para comer Acessibilidade a alimentos saudáveis é bastante difícil É relativamente difícil tanto arranjar manteiga magra, iogurtes magros (...) tanto nos cafés como restaurantes
		Respeitar os intervalos de tempo	Respeitar as horas para comer, não estar mais de 2 ou 3 horas sem comer é difícil para quem está a estudar ou trabalhar O problema da falta de tempo Comer devagar e mastigar muito bem não funciona com a

			vida profissional
Estratégias de <i>coping</i>	Resolução de problemas	<p>Estratégia de distração</p> <p>Tento arranjar outras coisas para fazer, para me distrair</p> <p>Estratégia de evitamento</p> <p>Tento evitar principalmente o pão e alimentos fibrosos que sejam difíceis de engolir</p> <p>Estratégia de aproximação</p> <p>Tento comer quando tenho tempo</p> <p>Trago ou iogurtes ou bolachas ou algo para comer de casa</p> <p>Arranjo alimentos mais fáceis de comer, alimentos mais pequenos</p>	
Repercussões afectivas e emocionais	Afectividade negativa	Sentimentos/reacções depressivas e ansiedade	<p>Quanto mais deprimido e ansioso estou, mais como</p> <p>Eu isolava-me muito, depois quanto mais me isolava mais deprimido estava e mais vontade de comer tinha</p>

**Após**

Resultados	Resultados alcançados	Positivos	A de agora resulta bem
		Negativos	Com estas dietas (restritivas) não consegui resultados
	Reacções afectivas/avaliação dos resultados	Imagem corporal/auto-estima	Eu não gostava de mim e não acreditava que as outras pessoas pudessem gostar de mim Continuo a sentir-me gordo (...) é algo mais psicológico do que outra coisa A imagem mental que temos da nossa imagem é bastante mais difícil de mudar do que a imagem física
		Bem-estar físico e psicológico	Perda de peso, perdi imenso peso, mexo-me muito melhor, tenho mais mobilidade, sinto-me melhor em termos de saúde Ritmo cardíaco mais fácil de controlar

	Ciclo de perda e ganho de peso	Perda e ganho de peso	Ao longo da minha vida já tentei imensas dietas
Atribuição causal dos resultados	Atribuição do sucesso	<p>Externa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quantidade</li> <li>- Acompanhamento</li> <li>- Resultados positivos</li> <li>- Pressão social familiar</li> </ul>	<p>As limitações que tenho em relação às quantidades que posso comer e a maneira como a dieta foi bem estruturada</p> <p>Tive bastante acompanhamento, tinha uma consulta de 3 em 3 meses Íamos adaptando (a dieta) muito mais frequentemente</p> <p>Como os resultados eram bons foi muito mais fácil seguir</p> <p>A minha mãe chateava-me bastante com a dieta</p>
	Atribuição do insucesso	<p>Externa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Resultados negativos</li> </ul>	<p>Não via resultados e achava que estava a sofrer por uma coisa que não valia a pena</p>



		Interna e auto-conceito	Falta de interesse pela alimentação Descontrole completo, não havia qualquer controle, comia tanto grandes quantidades como coisas que me faziam mal Era muito difícil mentalizar-me que não podia comer um certo tipo de alimentos Desistia muito depressa, é um dos traços da minha personalidade
--	--	-------------------------	--